

*欄は記入しないで下さい。

* 支 給 支 払 決 議 書													
受付年月日		年 月 日		診療点数×10円 (円) × $\frac{1 \cdot 2 \cdot 3}{10}$ — { + (円 —) × 1% }	診療点数×10円 (円) × $\frac{1 \cdot 2 \cdot 3}{10}$ — { + (円 —) × 1% }		〈算出基礎〉		常務理事	事務長	課長	係長	担当
伺い年月日		年 月 日											
決裁年月日		年 月 日											
支払年月日		年 月 日											
支払金額		円		* 標準報酬83万円以上の者は ・ 270,300円 ・901,000円 ・多数該当のとき 140,100円 * 標準報酬53万～79万円の者は ・ 179,100円 ・597,000円 ・多数該当のとき 93,000円 * 標準報酬28万～50万円の者は ・ 85,100円 ・286,000円 ・多数該当のとき 44,400円 * 標準報酬26万円以下の者は ・ 61,500円 ・多数該当のとき 44,400円 * 世帯単位の合算高額療養費は窓口負担21,000円以上 * 70歳以上は別途算定									
内訳	本人	円		標準報酬月額		千円							
	家族	円		資格取得年月日		S・H・R 年 月 日							
	合算	円		資格喪失年月日		年 月 日							

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書

(第 回目) { 年 月診療(入院・通院)分}

*お支払は、受診した月から3～4か月ほど後になります。 *申請書は、診療月(1～30)ごとに作成してください

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	① 被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号		記号	番号	② 事 業 所 の 名 称				
	③ 被 保 険 者 の 氏 名				④ 被 保 険 者 の 生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		
	⑤ 療 養 を 受 け た 者 の 氏 名		1		2		3		
	⑥ 療 養 を 受 け た 者 の 生 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		
	⑦ 被 保 険 者 と の 続 柄								
	⑧ 傷 病 名								
	⑨療養を受けた病院等	名称	Tel: ()		Tel: ()		Tel: ()		
		所在地							
	⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 日間 年 月 日まで		年 月 日から 日間 年 月 日まで		年 月 日から 日間 年 月 日まで		
	⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し 病院等で支払った額(自己負担額)		() 円		() 円		() 円		
	⑫ 他の制度により自己負担相当額 又はその一部の支給を受けられ るかどうか		・受けられる (制度名:) (費用徴収の ・有(金) ・ 無) ・受けられない		・受けられる (制度名:) (費用徴収の ・有(金) ・ 無) ・受けられない		・受けられる (制度名:) (費用徴収の ・有(金) ・ 無) ・受けられない		
	⑬ 今回申請の診療月以前1年間に 高額療養費の支給を3回以上受 けた場合、その直近の診療月、 被保険者証の記号・番号及び支 給を受けた健康保険組合名		診 療 月	1. 年 月 診療分		2. 年 月 診療分		3. 年 月 診療分	
			被 保 険 者 証 の 記 号 ・ 番 号	記号 番号		記号 番号		記号 番号	
			健 康 保 険 組 合 名	(同上支部名)					
⑭ 振込み希望金融機関名		銀行・金庫		本店 普通	口座番号	口座名義	フリガナ		
		組合		支店 当座		(被保険者)			
上記のとおり申請いたします。 Tel: 年 月 日 京葉ガス健康保険組合理事長 様 申請者 住所 (被保険者) 氏名									

- * 一定の制度により自己負担額相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。
- * ⑤～⑪は、同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担限度額を超える場合又は同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額(⑫欄の費用徴収が「有」の場合は、自己負担額相当額)が21,000円を超える自己負担が複数有り、それらの合計が自己負担限度額を超える場合について記入してください。
- * ⑪は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係わるもの及び薬剤一部負担額についてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。但し、その額が明確でないときは病院等で支払った金額を記入し、その旨を付記してください。尚、⑫欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を記入しその領収書の写しを添付してください。
- * ⑫は、他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるかどうかについて該当するほうに○をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号(「その他」の場合はは具体的制度名)を記入してください。又、自己負担額相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○印をつけてください。
- ア. 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 イ. 児童福祉法 ウ. 予防接種法 エ. 身体障害福祉法 オ. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律 カ. 結核予防法
キ. 麻薬及び向精神薬取締法 ク. 母子保健法 ケ. 医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法 コ. 沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令
サ. 精神薄弱者福祉法 シ. 進行性筋萎縮症者療養等給付事業 ス. 特定疾患治療研究事業 セ. 小児慢性特定疾患治療研究事業 ソ. 毒ガス障害者救済対策事業
タ. 公害医療研究費の国庫補助 チ. 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業 ツ. 水俣病総合対策費の国庫補助 テ. その他

⑮ 委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		年 月 日	
	申請者(被保険者)	住所	代理人	住所
	氏名		氏名	
⑯	銀行振込	銀行・金庫 組合	本店 普通 支店 当座	口座番号 口座名義 フリガナ
⑰ 領収書	金 円也但し 年 月 日 上の金額を領収いたしました。 京葉ガス健康保険組合理事長 殿 受領者 住所 氏名		支払印 受付印	
	⑱ 市区町村が証明する欄	上記③の者には令和 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村名 印		