

支出科目	款	保険給付費	項	高額療養費	目	高額療養費	節	負担金補助及び交付金	
支給額	金額	¥					診療年月	資格確認	
						令和 年 月 分	チェック欄	済	
支給区分	70歳以上	1. 一般 2. 現役並み・現役並みⅡ・現役並みⅠ		3. 低所得Ⅱ 4. 低所得Ⅰ		種別 事従家			
	70歳未満	①. 個人単位 ②. 世帯単位				前1年の支給状況 3回以上の (支給・該当)あり			
算出	一部負担金 - 自己負担限度額 =						円	70歳以上 2割 該当	団・支・本 (持・送)
	点×10×(0.3・0.2) =						円	65歳～69歳 該当	裏面記載 (有)
基礎	+ (-) × 0.01 =						円	未就学 該当	
	140,100・93,000・83,400・57,600・44,400・35,400 24,600・18,000・15,000・8,000・10,000・20,000						円	特定被保険者 該当	
備考									

記入不要

受付印

記入例 (1枚目) 高額療養費支給申請書

領収書(写)の添付があれば青線枠内の記載は省略可

3件目以降からは2枚目に記入願います。続紙(個人番号記入用)も記入願います。

被保険者番号	188010010001	診療年月	令和 ○ 年 ○ 月 診療分
高額療養費該当の内訳	療養を受けた被保険者名及び生年月日	食品 太郎 昭・平・令26年4月1日生	食品 花子 昭・平・令30年7月15日生
	病院・診療所・薬局の所在地及び名称	〇〇市〇〇区△△-△ △△総合病院	〇〇市□□区□□-□ 〇〇クリニック
	療養(処方)を受けた期間及び日数(回数)	令○年○月○日 ○日間 ～ 同月○日() (回)	令○年○月○日 ○日間 ～ 同月○日() (回)
	病院等で支払った額	100,000 円	30,000 円
	傷病名	〇 〇 病 (※ 外傷の場合 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 (負傷原因))	〇 〇 症 (※ 外傷の場合 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 (負傷原因))
上記のとおり申請します。 (〒××× - ◇◇◇◇) TEL 012 (3456) 7890			
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 住所 〇〇市△△区□□□□1-1-10			
組合員(申請人) 氏名 食品 太郎			
大阪府食品国民健康保険組合 理事長 殿			

・預金口座は、組合員に限ります。ただし、本人死亡の場合はその相続人(申請人)となります。

・ゆうちょ銀行に振込希望の方は、振込専用の店名(漢数字3文字)・種目・口座番号を記入下さい。

振込先	食品 銀行 信用金庫 信用組合	銀行コード	1 2 3 4
	中央 支店 出張所	支店コード 種別	1 2 3 1
種別	1. 普通(総合口座) 2. 当座	口座No.	1 2 3 4 5 6 7
(フリガナ) 名 義	シヨクヒン タロウ 食品 太郎		

記入例 (2枚目)

領収書(写)の添付があれば
青線枠内の記載は省略可

(令和 ○ 年 ○ 月診療分)

高 額	療養を受けた 被保険者名 及び生年月日	食品 花子 昭・平・令 30年 7月 15日生	昭・平・令 年 月 日生
	病院・診療所・薬局 等の所在地及び名称	〇〇市〇〇区△△-△ □□皮膚科	
	病院等で 支払った額	22,000 円	円
	傷病名	[傷病名] 〇〇症 (※ 外傷の場合 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 (負傷原因))	[傷病名] (※ 外傷の場合 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 (負傷原因))
療 養 費	療養を受けた 被保険者名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日生	昭・平・令 年 月 日生
	病院・診療所・薬局 等の所在地及び名称		
	病院等で 支払った額	円	円
	傷病名	[傷病名] (※ 外傷の場合 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 (負傷原因))	[傷病名] (※ 外傷の場合 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 (負傷原因))
該 当 分 の 内 訳	療養を受けた 被保険者名 及び生年月日	昭・平・令 年 月 日生	昭・平・令 年 月 日生
	病院・診療所・薬局 等の所在地及び名称		
	病院等で 支払った額	円	円
	傷病名	[傷病名] (※ 外傷の場合 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 (負傷原因))	[傷病名] (※ 外傷の場合 1.業務上 2.第三者行為 3.その他 (負傷原因))

記入例

【個人番号記入用】

【個人番号の利用目的について】

当組合は、被保険者の個人番号を、番号法別表第1の第30項「国民健康保険法による保険給付の支給又は保険料の徴収に関する事務」において、適用、給付および徴収業務で利用します。

[記 入 欄]

◎入院等で高額療養費の対象となる方(世帯で2人以上対象になる場合はその方も含む)の個人番号を記入してください。
◎加入されている世帯全員の個人番号の記入は必要ありません。

住 民 票 住 所	〇〇市△△区□□□□ 1-1-10
-----------	-------------------

例1) 高額療養費の申請で 申請人 食品 太郎 高額療養費の対象の方 食品 太郎・食品花子の二名
→食品 太郎の個人番号を記入

被 保 険 者 番 号		1 8 8 0 1 0 0 1 0 0 0 1										枝番	0 1
組 合 員	個人番号 ※1 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	0	1	9	0
	氏 名	食 品 太 郎											
	生 年 月 日	(昭)平	26	年	4	月	1	日	性別	(男)・女			

例1) 高額療養費の申請で 申請人 食品 太郎 高額療養費の対象の方 食品 太郎・食品花子の二名
→食品 花子の個人番号を記入

被 保 険 者 番 号		1 8 8 0 1 0 0 1 0 0 0 1										枝番	0 2
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	3
	氏 名	食 品 花 子											
	生 年 月 日	(昭)平・令	30	年	7	月	15	日	性別	男・(女)			
	組合員との続柄	妻											

被 保 険 者 番 号												枝番	
家 族	個人番号 ※1 (マイナンバー)												
	氏 名												
	生 年 月 日	昭・平・令		年		月		日	性別	男・女			
	組合員との続柄												

※1:通知カード又は個人番号カードに記載の個人番号(12桁)をご記入ください。