

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費支給申請書(第1回目) (入院・通院)  
 支給決定まで、診療月より3ヶ月以上かかります。

ご確認  
ください



領収書のコピーを添付してください。  
 外傷の場合は別紙の「負傷原因届」、第三者行為による場合は別紙の「第三者行為による傷病届」を添付してください。  
 複数月の請求をする場合は、ひと月に1枚申請書をご記入ください。

被保険者証の記号・番号 5000 1000		名称 けんぽスタッフ(株)	所在地 東京都港区六本木8-1-1	
①被保険者の(申請者)氏名と印 派遣花子	生年月日 50年4月5日	電話番号 03-3456-7890	任意継続 被保険者の方は 名称:「任意継続」と記入 所在地:記入不要	
被保険者の(申請者)住所 1650022	東京都大田区田園調布6-1-5			
診療月 1 H18年4月	外傷性の場合は負傷の原因 2		3	
②療養を受けた方の氏名生年月日および被保険者との続柄 派遣花子 50年4月5日 (続柄:本人)	氏名 生年月日 年 月 日 (続柄: )	氏名 生年月日 年 月 日 (続柄: )	3	
③傷病名 肝機能障害	3			
④療養を受けた病院等の名称および所在地 武蔵野中央病院 武蔵野市吉祥寺北町1-1-1	3			
⑤④の病院等で療養を受けた期間 H18年4月2日から H18年4月26日まで (25日間)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)		年 月 日から 年 月 日まで (日間)	
⑥⑤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) 4 130,000 円	円		円	
自己負担額相当額または、その一部の支給をうけられるかどうか 受けられない	費用徴収の有無 0:無 1:有	受けられる(制度名) 受けられない	費用徴収の有無 0:無 1:有	受けられる(制度名) 受けられない
入院・通院の別 1:入院 2:通院	1:入院 2:通院		1:入院 2:通院	
支払金融機関の種別 1:普通 4:貯蓄	5 ひまわり		銀行 金庫 農協	本店 支店
支店コード 321	口座番号 7654321	口座名義人 6 八ケン ハナコ	振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと	
受取代理人の欄 被保険者(申請者)氏名 7	住所 〒		委任者と代理人との関係 平成 年 月 日	
代理人(フリガナ)氏名と印	代理人(フリガナ)住所 〒			
診療点数×10円 自己負担額		診療点数×10円		
算定基礎 ( ) × 123 / 10 = ( ) 円		139,800円 + ( 円-466,000) × 1% 77,700円 72,300円 + ( 円-241,000) × 1% 40,200円 35,400円 24,600円 15,000円 12,000円 10,000円 8,000円		
支給算出額(円)		所得等の種類 0:一般 1:非課税、II 2:生活保護、I 3:上位所得者 4:一定以上所得者		平成 年 月 日提出
資格取得日	年 月 日	単独・合算の別 多数該当の有無	0:単独 1:合算	
資格喪失日	年 月 日	第三者行為	0:無 1:有	
扶養認定日	年 月 日	高齢受給者の有無	0:無 1:有	
扶養削除日	年 月 日	受付日付印		

- ① 高額療養費の請求をされる診療年月を記入。複数月ある場合には月ごとに1枚の記入が必要です。
- ② 外傷の場合はできるだけ詳しく記入し、別紙の「負傷原因届」を添付してください。  
第三者行為による場合は別紙の「第三者行為による傷病届」を添付してください。
- ③ ②～⑦については、受診者別、医療機関別、受診区分(入院・外来)別に自己負担限度額を超える場合、または21,000円を超える自己負担額が複数ある場合に記入してください。
- ④ 病院等で支払った額のうち保険診療分についてのみご記入ください。  
入院時の食事負担額、保険診療外となる差額室料等はこの額に含まれません。
- ⑤ 郵便口座への振込はしていませんので、必ず銀行口座をご記入ください。
- ⑥ 診療を受けたのが被扶養者であっても被保険者の口座を記入してください。
- ⑦ 給付金の受取を代理人に委任する場合は、委任者と受取代理人それぞれの署名・捺印が必要です。