

診療月	平成・令和 年 月	何 日	令和 年 月 日	資 得	年 月 日
適用	入院・通院・世帯合算	常務理事	事務長	担当者	格 喪
高額療養費					備考
付加給付					
支給額					

高額療養費 支給申請書

一部負担還元金  
 家族療養費付加金  
 合算高額療養費付加金  
 訪問看護療養費付加金  
 家族訪問看護療養費付加金

支給に係る申出書

※太枠内に記入してください。⑦については裏面を参照してください。

① 被保険者証の	(記号)		(番号)	
個人番号			※記号番号の記載があれば、個人番号は記載不要	
② 被保険者名 (申請者) など	(申請日) 令和 年 月 日			
	住所 被保険者名の (申請者) 氏名			
③ 被保険者の勤務 する事業所名				
④ 療養を受けた者の 氏名	1	2	3	
⑤ 療養を受けた者の 生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
⑥ 被保険者との続柄				
⑦ 裏面参照 他の制度により 自己負担相当額 またはその一部 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・無 ) 受けられない	受けられる (制度名: ) (費用徴収の 有・無 ) 受けられない	受けられる (制度名: ) (費用徴収の 有・無 ) 受けられない	
⑧ 診療年月	年 月 診療分			
⑨ 振込み指定の 金融機関			口座 番号	普通 当座 No.
	口座 名義人 の氏名	フリガナ		

(記入上の注意)

⑦欄について

1. ⑦欄は、他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給が受けられるかどうかについて、該当する方にレ点をつけ、受けられる場合は、次に掲げる制度のうちの該当するものの記号(「その他」の場合は具体的制度名)を記入して下さい。また、自己負担限度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○印をつけて下さい。

- ア 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給
- イ 「児童福祉法」による育成医療の給付
- ウ 「予防接種法」による医療費の支給
- エ 「身体障害者福祉法」による更正医療に要する費用の支給
- オ 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付
- カ 「結核予防法」による医療の給付等
- キ 「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付
- ク 「母子健康法」による養育医療の給付
- ケ 「医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構法」による医療の給付
- コ 「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用特別措置等に関する政令」による医療費の給付
- サ 「知的障害者福祉法」による入所措置等に係る医療の給付
- シ 「進行性筋萎縮症者療養等給付事業」による医療の給付
- ス 「特定疾患治療研究事業」による医療の給付
- セ 「小児慢性特定疾患治療研究事業」による医療の給付
- ソ 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給
- タ 「公害医療研究費の国庫補助」による治療費の支給
- チ 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付
- ツ 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
- テ 「感染症予防法」による医療の給付
- ト その他

2. ⑦欄の費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を証する領収書等を添付して下さい。