☆ この申請書には、領収書の写を添付してください。

☆ ［　　］太線枠内は、記入しないでください。

届書コード	※支給決定・支出決議書						常務理事	部長	課長	主任	担当者
638	決定日	年　月　日		支給日	年　月　日						
資格関係照合	取得	強制	年　月　日	喪失	強制	年　月　日					
		任継	年　月　日		任継	年　月　日					

診療年月	年　月	診療日数	日	支給決定額（要¥マーク・訂正不可）	百万	拾万	万	千	百	拾	円

支給額の計算式

自己負担額　　支給算出額

円 ー ｛ 252,600円 ＋（　　円 ー 842,000円）× 1%
167,400円 ＋（　　円 ー 558,000円）× 1%
80,100円 ＋（　　円 ー 267,000円）× 1%
57,600円
その他（　　円）｝ ＝　　円

（受診月の標準報酬月額　　千円）

所得等の種別		入院・通院	支給種別	貸付
ア・830千円以上	イ・530千円～790千円	入院　・　通院	一般・多数・合算・合算多数	あり　・　なし
ウ・280千円～500千円	エ・260千円以下			
オ・低所得者	カ・その他（　　）	被扶養者の場合の認定日（　・　・　）		（　　円）

健康保険　高額療養費支給申請書（　年　月診療分）

被保険者証の記号・番号	被保険者の生年月日	事業所の名称
	昭・平　年　月　日	

受診者氏名・生年月日（被保険者との続柄）	昭・平・令　年　月　日（　）	昭・平・令　年　月　日（　）	昭・平・令　年　月　日（　）
傷病名			
負傷原因は第三者行為によるものですか	いいえ　・　はい	いいえ　・　はい	いいえ　・　はい
受診医療機関等の名称・所在地　名称			
受診医療機関等の名称・所在地　所在地			
上記の医療機関等で受診した期間と入院・通院の別	年　月　日から　年　月　日まで　日間（入院・通院）	年　月　日から　年　月　日まで　日間（入院・通院）	年　月　日から　年　月　日まで　日間（入院・通院）
上記の期間の受診に対して医療機関等に支払った額（自費・食事負担分は除く）	円	円	円
支払基金等からの請求点数または金額	総医療点数　点 / 一部負担金　円	総医療点数　点 / 一部負担金　円	総医療点数　点 / 一部負担金　円
他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けれますか	受けれる　・　受けれない 制度名（　　）	受けれる　・　受けれない 制度名（　　）	受けれる　・　受けれない 制度名（　　）

今回申請の診療月以前１年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合は、その直近の診療月と被保険者証の記号番号	前1回目	年　月診療分	前2回目	年　月診療分	前3回目	年　月診療分

市区町村長が証明する欄	非課税・生活保護	上記申請被保険者には平成　年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 市区町村長名　　㊞

備考欄		被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

上記のとおり請求します。

令和　年　月　日

被保険者の住所（申請者）　〒

被保険者の氏名（申請者）　　㊞

大阪ニット健康保険組合理事長　殿

電話　（　　）

受付年月日	被保険者が在職中のとき	被保険者が退職しているとき
	領収委任状：この給付金の領収方を私が勤務する事業所事業主に委任します。 令和　年　月　日 被保険者の氏名　　㊞	給付金振込口座：1.振込　4.当地　金融機関コード 金融機関名　銀行　支店 預金種別　普通　口座番号 口座名義人(カナ)