

届書コード  
3 0 2

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 回目)(入院・通院)

1. 傷病が第三者の行為によるものである場合は、別に「第三者行為による傷病届」を添付して下さい。  
2. 傷病の原因が外傷等の場合は別に「負傷原因届」を添付して下さい。  
3. 印の欄は、記入しないで下さい。

被保険者証の記号・番号		④ 生年月日		⑤ 被扶養者番号		⑥ 発行記録		⑦ 受取代理人		⑧ 手計算		⑨ 受付年月日	
83<000004		1: 明大昭平 4: 00809						0: 無 1: 有		0: 無 1: 有		* * * * *	
⑩ 被保険者の(申請者)氏名と印		フリガナ		⑫ 名称		⑬ 所在地		⑭ 住所		⑮ 電話番号		⑯ 郵便番号	
斎藤 満		イトウミツル		株式会社 横川商事		渋谷区渋谷 0-0-0		〒100-0000		00000000		00000000	
⑩ 被保険者(申請者)住所		⑪ 郵便番号		⑫ 名称		⑬ 所在地		⑭ 住所		⑮ 電話番号		⑯ 郵便番号	
〒170-0505		000-0000		イトウミツル		町田市小山町 0-0-0		TEL 00000000		00000000		00000000	
⑰ 診療月		⑱ 70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。 1 「健康保険制度適用・標準負担額減額認定証」を所持された方 2 一部負担金の割合について、「健康保険高給受給者基礎収入額適用申請書」を提出された方											
1705													
⑲ 単独・合算の別		⑳ 多数該当の有無		㉑ 所得等の種類		㉒ 所得等の種類		㉓ 所得等の種類		㉔ 所得等の種類		㉕ 所得等の種類	
0: 単独 1: 合算		0: 無 1: 有		0: 無 1: 有		0: 一般 1: 非課税、II 2: 生活保護、I		0: 一般 1: 非課税、II 2: 生活保護、I		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	
㉖ 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		㉗ 扶養 氏名		㉘ 扶養 氏名		㉙ 扶養 氏名		㉚ 扶養 氏名		㉛ 扶養 氏名		㉜ 扶養 氏名	
斎藤 俊		斎藤 君子		斎藤 君子		斎藤 君子		斎藤 君子		斎藤 君子		斎藤 君子	
生年月日 16年4月9日(続柄 父)		生年月日 49年02月01日(続柄 妻)		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日		生年月日	
傷病コード		⑳ 傷病名		㉑ 傷病名		㉒ 傷病名		㉓ 傷病名		㉔ 傷病名		㉕ 傷病名	
		1705		乳がん		乳がん		乳がん		乳がん		乳がん	
㉖ 療養を受けた病院等の名称および所在地		㉗ 療養を受けた病院等の名称および所在地		㉘ 療養を受けた病院等の名称および所在地		㉙ 療養を受けた病院等の名称および所在地		㉚ 療養を受けた病院等の名称および所在地		㉛ 療養を受けた病院等の名称および所在地		㉜ 療養を受けた病院等の名称および所在地	
町田市小山町0-0-0		山田医院		山田医院		山田医院		山田医院		山田医院		山田医院	
㉝ ㉖の病院等で療養を受けた期間		㉞ ㉖の病院等で療養を受けた期間		㉟ ㉖の病院等で療養を受けた期間		㊱ ㉖の病院等で療養を受けた期間		㊲ ㉖の病院等で療養を受けた期間		㊳ ㉖の病院等で療養を受けた期間		㊴ ㉖の病院等で療養を受けた期間	
17年5月5日から(27日間) 同5月31日まで		17年5月13日から(19日間) 同5月31日まで		17年5月13日から(19日間) 同5月31日まで		17年5月13日から(19日間) 同5月31日まで		17年5月13日から(19日間) 同5月31日まで		17年5月13日から(19日間) 同5月31日まで		17年5月13日から(19日間) 同5月31日まで	
㊵ ㉝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)		㊶ ㉝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)		㊷ ㉝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)		㊸ ㉝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)		㊹ ㉝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)		㊺ ㉝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)		㊻ ㉝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)	
(213,040) 円		(170,210) 円		(170,210) 円		(170,210) 円		(170,210) 円		(170,210) 円		(170,210) 円	
㊼ ②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られるかどうか		㊽ ②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られるかどうか		㊾ ②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られるかどうか		㊿ ②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られるかどうか		㊿ ②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られるかどうか		㊿ ②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られるかどうか		㊿ ②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られるかどうか	
受けられない		受けられない		受けられない		受けられない		受けられない		受けられない		受けられない	
㊿ 診療合計点数		㊿ 診療合計点数		㊿ 診療合計点数		㊿ 診療合計点数		㊿ 診療合計点数		㊿ 診療合計点数		㊿ 診療合計点数	
0		0		0		0		0		0		0	
㊿ 薬剤一部負担額		㊿ 薬剤一部負担額		㊿ 薬剤一部負担額		㊿ 薬剤一部負担額		㊿ 薬剤一部負担額		㊿ 薬剤一部負担額		㊿ 薬剤一部負担額	
0		0		0		0		0		0		0	
㊿ 入院・通院の別		㊿ 入院・通院の別		㊿ 入院・通院の別		㊿ 入院・通院の別		㊿ 入院・通院の別		㊿ 入院・通院の別		㊿ 入院・通院の別	
1: 入院		1: 入院		1: 入院		1: 入院		1: 入院		1: 入院		1: 入院	
㊿ 算定基礎		㊿ 算定基礎		㊿ 算定基礎		㊿ 算定基礎		㊿ 算定基礎		㊿ 算定基礎		㊿ 算定基礎	
診察点数×10円		自己負担額		薬剤一部負担額		診察点数×10円		診察点数×10円		診察点数×10円		診察点数×10円	
139,800円 + (77,700円 - 465,000) × 1%		72,300円 + (35,400円 - 261,500) × 1%		49,200円 + (24,900円 - 241,000) × 1%		24,900円 + (12,000円 - 10,000) × 1%		8,000円		8,000円		8,000円	
㊿ 支給算出額(円)		㊿ 海外表示		㊿ 第三者行為		㊿ 調整減額コード		㊿ 調査先コード		㊿ 特別支給コード		㊿ 特別支給コード	
0: 国内 1: 海外		0: 無 1: 有		0: 無 1: 有									

振込できるのは郵便局以外です

㊿ 支払区分	1: 振込 2: 銀行送金 3: 郵便局送金 4: 当地払	㊿ 預金種別	1: 普通 2: 当座 3: 通帳 4: 別	㊿ 口座名義	00 斎藤 満	㊿ 口座番号	1234567	㊿ 郵便局	町田市小山町 郵便局
--------	--	--------	---------------------------------	--------	---------	--------	---------	-------	------------

㊿ 受取代理人の欄	㊿ 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。	平成 年 月 日	㊿ 受付日付印
㊿ 受取代理人の欄	被保険者(申請者) 住所 氏名		
㊿ 受取代理人の欄	代理人(フリガナ) 氏名と印		
㊿ 受取代理人の欄	代理人(フリガナ) 住所 氏名		
㊿ 受取代理人の欄	代理人(フリガナ) 郵便番号		
㊿ 受取代理人の欄	代理人(フリガナ) 住所コード		