

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
伺年月日	令和 年 月 日	常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給額	円	資格取得年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日		
		資格喪失年月日	令和 年 月 日		
		支払年月日	令和 年 月 日		

被保険者（本人） 家族 合算 入院 通院  
 高額療養費支給申請書（令和 年 月診療分）

被保険者情報	①保険証の記号番号	-		②事業所の名称	
	③氏名			④生年月日	□昭和 □平成 年 月 日
	⑤受診者氏名	①	②	③	
		⑥受診者生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日
	⑦医療機関（薬局）	名称			
		所在地			
	種別	入院・通院・歯科・調剤・その他 通院時処方箋の発行（有・無）	入院・通院・歯科・調剤・その他 通院時処方箋の発行（有・無）	入院・通院・歯科・調剤・その他 通院時処方箋の発行（有・無）	
	⑧療養を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	
	⑨傷病名				
	⑩傷病発生の原因	労災・通災・第三者 行為によるものです □はい □いいえ か？	労災・通災・第三者 行為によるものです □はい □いいえ か？	労災・通災・第三者 行為によるものです □はい □いいえ か？	
⑪支払った額のうち 保険診療分の金額	円	円	円		
⑫他の公的制度から 医療費助成を受けて いますか？	□はい □いいえ	□はい □いいえ	□はい □いいえ		
はいの場合	制度名称				
	助成内容	□全額助成 □一部自己負担あり	□全額助成 □一部自己負担あり	□全額助成 □一部自己負担あり	
⑬診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3ヶ月以上ある場合、直近3ヶ月分の診療月をご記入ください					
診療月	①令和 年 月	②令和 年 月	③令和 年 月		
振込先指定口座	⑭振込希望機関	銀行 金庫 組合	店	口座番号	□普通 □当座
	⑮公金受取口座	□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します (利用する場合は☑、利用しない場合は⑭振込希望機関の欄を記入)			
エクセディ健康保険組合理事長 殿		⑯ 〒			
上記のとおり申請します。		被保険者の住所			
令和 年 月 日		氏名			
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)				備考欄	

※被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、（非）課税証明書の交付を受け原本を添付してください。

市区町村長が証明する欄	上記③の者には	年度の市区町村民税が課されないことを証明する。
	令和 年 月 日	市区町村長名