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（本人）が記入するところ

被保険者情報	①被保険者等の記号番号	-	②記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください	
	③氏名		④生年月日	□昭和 □平成　年　月　日

申請内容	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※けが（負傷）の場合は負傷原因届を併せてご提出ください				
	⑩傷病発生の原因		労災・通災・第三者行為によるものですか？　□はい □いいえ	労災・通災・第三者行為によるものですか？　□はい □いいえ	労災・通災・第三者行為によるものですか？　□はい □いいえ
	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
				口座名義（カタカナ）	
	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

被保険者本人が住民税非課税者である場合は、自己負担限度額が軽減されます。

マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号等を記入してください。

非課税者の情報			
	診療月が 1月～7月の場合	診療月の前年1月1日時点の住民票住所の	郵便番号 〒 □□□－□□□□ 市区町村名
	診療月が8月～12月の場合	診療月の当年1月1日時点の住民票住所の	郵便番号 〒 □□□－□□□□ 市区町村名