ご注意！！
傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。

支給支払決議書			
常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印

支給額	円	資格取得年月日	
		資格喪失年月日	
		支払年月日	令和　年　日

申請は、１ヵ月単位（月の1日～末日）でお願いします。

☑被保険者（本人）　□家族　□合算　　☑ 入院　□ 通院

高額療養費支給申請書

（令和〇〇年５月診療分）

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

添付書類
・領収書コピー
・負傷（けが）の場合：負傷原因届

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	1-11111	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		
	郎	④生年月日	☑昭和 □平成	53年4月5日

申請内容				
			2	
	⑥	令和 日	□昭和	日
⑦医療機関（薬局） 名称	大阪病院			
所在地	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号			
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	令和〇〇年5月2日から 令和〇〇年5月31日まで30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	腰椎椎間板ヘルニア			
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	170,000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令和〇〇年３月	2令和　年　月	3令和　年　月

振込先指定				
⑭振込希望機関	大阪　銀行（金庫 組合）	大阪　店	口座番号	☑ 普通　□ 当座 1234567
			口座名義（カタカナ）	ケンコウ　タロウ

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）

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

上記
令和〇〇年〇〇月〇〇日

⑯ 被保険者の　〒 111-1112
住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号
氏名 健康　太郎

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

非課税者の情報を記入の場合、マイナンバーも記入してください。

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	

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

ご注意！！
傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。

申請は、１ヵ月単位（月の1日～末日）でお願いします。

□被保険者（本人）　☑家族　□合算　　☑ 入院　□ 通院
高額療養費支給申請書

（令和〇〇年５月診療分）

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

添付書類
- **領収書コピー**
- **負傷（けが）の場合：負傷原因届**

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	1-11111	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	上部	④生年月日	☑昭和 □平成	53年4月5日
申請内容	⑤		2		
	⑥	和	□昭和		日
	⑦医療機関（薬局）名称	大阪病院			
	⑦医療機関（薬局）所在地	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号			
	⑦医療機関（薬局）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	令和〇〇年5月2日から 令和〇〇年5月31日まで30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	腰椎椎間板ヘルニア			
	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	170,000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				
	はいの場合 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令和〇〇年３月	2令和　年　月	3令和　年　月

振込先指定					
⑭振込希望機関	大阪　銀行・金庫・組合	大阪　店	口座番号	☑ 普通　□ 当座	1234567
			口座名義（カタカナ）	ケンコウ　タロウ	

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

ータル等で事前登録した公金受取口座を利用します
合は☑、利用しない場合は⑭振込希望機関の欄を記入）

⑯ 〒 111-1112
被保険者の 住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号
氏名 健康　太郎

令和〇〇年〇〇月〇〇日

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

非課税者の情報を記入の場合、マイナンバーも記入してください。

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

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

ご注意！！
傷病の原因が、交通事故やけんか等、第三者（加害者）の行為によるけがの場合は、記入前に健康保険組合に連絡ください。

申請は、１ヵ月単位（月の1日～末日）でお願いします。

□被保険者（本人）　□家族　☑合算　　☑ 入院　☑ 通院

高額療養費支給申請書

（令和〇〇年５月診療分）

記号・番号は①マイナーポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書（健康保険証）のいずれかでご確認のうえ記入してください。

添付書類
- 領収書コピー
- 負傷（けが）の場合：負傷原因届

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	1-11111	②記号番号が分からない場合は		
被保険者情報	氏名	健康 太郎			
申請内容		1	2 健康太郎	3 健康花子	
申請内容	⑥生年月日	令和 日	☑昭和　□平成　□令和 ５３年４月５日	☑昭和　□平成　□令和 ５４年４月７日	
申請内容	⑦医療機関（薬局）名称	大阪病院	大阪第一病院	大阪病院	
申請内容	⑦医療機関（薬局）所在地	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号	大阪市大阪区大阪町8丁目9番7号	大阪市大阪区大阪町7丁目8番9号	
申請内容	⑦医療機関（薬局）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）	
申請内容	⑧療養を受けた期間	令和〇〇年5月2日から 令和〇〇年5月10日まで9日間	令和〇〇年5月11日から 令和〇〇年5月31日まで21日間	令和〇〇年5月1日から 令和〇〇年5月31日まで12日間	
申請内容	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	腰椎椎間板ヘルニア	心筋梗塞	骨折	
申請内容	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	
申請内容	⑪支払った額のうち保険診療分の金額	170,000円	100,000円	100,000円	
申請内容	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	
申請内容	はいの場合 制度名称				
申請内容	はいの場合 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 令和〇〇年３月	2 令和　年　月	3 令和　年　月

振込先指定					
⑭振込希望機関	大阪　銀行・金庫・組合	大阪　店	口座番号	☑ 普通　□ 当座 1234567	
			口座名義（カタカナ）	ケンコウ　タロウ	

被保険者（本人）の振込希望機関を記入してください。

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）

令和〇〇年〇〇月〇〇日

⑯ 被保険者の　〒 111-1112
住所 大阪市大阪区大阪町1丁目2番3号
氏名 健康 太郎

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

非課税者の情報を記入の場合、マイナンバーも記入してください。

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