

支給支払決議書

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。

常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
資格取得年月日	資格喪失年月日	支払年月日	

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）

①保険証の記号番号	1-11111	②事業所の名称	株式会社〇△□
③被保険者の氏名	健康太郎	④生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 53年4月5日 <input type="checkbox"/> 平成
⑤住所	健康太郎	⑥添付書類	・領収書コピー ・負傷（けが）の場合：負傷原因届
⑦医療機関（薬局）	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 <input checked="" type="checkbox"/> 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
⑨傷病名	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 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
⑪支払った額のうち 保険診療分の金額	170,000円	⑫他の公的制度から 医療費助成を受けて いますか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
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	①令和〇〇年3月	②令和 年 月	③令和 年 月
⑭振込希望機関	大阪 銀行 大阪 店 口座番号 1234567 口座名義(カタカナ) ケンコウ タロウ	⑮被保険者の住所	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）が記入するところ

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

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）の振込希望機関を記入してください。

非課税の場合、市区町村記入欄です。

※被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村民税より証明を受けるか、（非）課税証明書の欄に記入してください。

市区町村民税が証明する欄	上記③の者には〇〇年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 市区町村民長名 〇〇〇 大阪 太郎
--------------	--

支給支払決議書

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。

常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
資格取得年月日		申請は、1カ月単位（月の1日～末日）でお願いします。	
資格喪失年月日			
支払年月日			

支給額 円

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）

①保険証の記号番号	1-11111	②事業所の名称	株式会社〇△□
健康太郎	健康花子	④生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 53年4月5日 <input type="checkbox"/> 平成

ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。

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

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
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
	令和〇〇年5月2日から	令和〇〇年5月31日まで30日間
⑨傷病名	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？ <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
⑪支払った額のうち保険診療分の金額	170,000円	
⑫他の公的制度から医療費助成を受けていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
はいの場合	制度名称	助成内容
		<input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 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 大阪 店	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
		口座番号	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。

⑮〒 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

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）

非課税の場合、市区町村記入欄です。

※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るか、を記入してください。

市区町村長が証明する欄	上記③の者には〇〇年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 市区町村長名 〇〇〇 大阪 太郎
-------------	---

受付年月日	令和 年 月 日	支給支払決議書			
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。		常務理事印	事務長印	担当者印	資格確認印
		資格取得年月日	資格喪失年月日	支払年月日	
		申請は、1カ月単位（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）

被保険者（本人）が記入するところ	①保険証の記号番号	1-11111		②添付書類 ・領収書コピー ・負傷（けが）の場合：負傷原因届	
	③ご自分の健康保険証上部に記載されている記号番号欄の数字を記入してください。	健康太郎	健康太郎	健康花子	
	生年月日	53年4月5日	53年4月5日	54年4月7日	
	⑦医療機関（薬局）	名称	大阪病院	大阪第一病院	大阪病院
		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
	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	
	⑨傷病名	腰椎椎間板ヘルニア	心筋梗塞	骨折	
	⑩傷病発生の原因	労災・通災・第三者 行為によるものです <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ か？	労災・通災・第三者 行為によるものです <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ か？	労災・通災・第三者 行為によるものです <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ か？	
	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	
⑫他の公的制度から 医療費助成を受けて いますか？	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ		
はいの場合 制度名称 助成内容	<input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 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 大阪 店	口座番号	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座	
		組合	口座名義（カタカナ）	1234567 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。					
⑮〒 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					
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）					
※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					
市区町村長が証明する欄	上記③の者には〇〇年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 令和〇〇年〇〇月〇〇日 市区町村長名 〇〇〇 大阪太郎				
非課税の場合、市区町村記入欄です。					