

# 高額療養費支給申請書に記入していただく自己負担額について

## 領 収 書 (例) (※領収書は医療機関ごとに異なります。)

患者番号 12345	氏名 協会 太郎 様	請求期間 (入院の場合) 平成 23 年 3 月 3 日～平成 23 年 3 月 25 日					
領収書 No. 100	費用区分 3 割	入・外 入院	本・家 本人	診療科 〇〇科			
保険	初・再診療 0 点	入院料等 19,600 点	医学管理等 5,000 点	在宅医療 0 点	検査 7,000 点	画像診断 9,000 点	投薬 500 点
	注射 2,000 点	リハビリテーション 400 点	精神科専門療法 0 点	処置 15,000 点	手術 50,000 点	麻酔 22,000 点	放射線治療 0 点
	病理診断 3,000 点	その他 0 点					
保険外	室料差額 55,000 円	文書料 0 円	分娩料 0 円	新生児介助料 0 円	分娩セット 0 円	選定療養費等 0 円	病衣・その他 0 円
保険内点数 133,500 点	負担率 3 割	一部負担金① 400,500 円	保険外合計金額② 55,000 円	食事療養③ 6,500 円	請求金額 (①+②+③) (領収金額) 462,000 円		領収印 印

**記入していただく自己負担額は  
この額となります。  
(領収金額ではありません)**

高額療養費は保険外負担分(差額ベッド代、インプラント費用)や、入院時の食事負担額等は対象外になります。

② 受診者 氏名 家族の場合はその方の 生年月日	① 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
③ 療養を受けた医療機関・薬局の 名称 所在地	〇〇病院 東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
④ 傷病名 ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。 療養を受けた期間	(平成) 年 月 日 2 3 / 3 3 から 2 5 まで
入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他
⑤ 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) 自己負担額が不明の場合は支払った総額	400,500 円
⑥ 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	2. はい

※ 領収書の記載方法が異なる場合等、どの金額を記入したらいいのかわからないときは、支払った金額を( )内に記入してください。

この欄は、受診者ごと、医療機関ごと、入院・外来ごとに、記入してください。  
※ 調剤薬局分も外来分とは別に記入してください。  
記入する欄が不足する場合は、必要に応じて2ページ目を印刷の上、必要事項を記入してください。