

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	負担割合 3割	入・外 入院	本・家 本人	診療科 〇〇科		
保険	初・再診療	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	0点	19,600点	5,000点	0点	7,000点	9,000点	500点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
	2,000点	400点	0点	15,000点	50,000点	22,000点	0点
病理診断	その他						
3,000点	0点						
保険外	室料差額	文書料	分娩料	新生児介助料	分娩セット	選定療養費等	病衣・その他
	55,000円	0円	0円	0円	0円	0円	0円
保険内点数	負担率	一部負担金①	保険外合計金額②	食事療養③	請求金額 (①+②+③) (領収金額)	領収印	
133,500点	3割	400,500円	55,000円	6,500円	462,000円	東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇 〇〇病院	

**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	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
氏名	〇〇
家族の場合は その方の 生年月日	年 月 日
③ 療養を受けた 医療機関・薬局の 名称	〇〇病院
所在地	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。	(平成) 年 月 日 2 3 / 3 3 から 2 5 まで
療養を受けた期間	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)	400,500 円
自己負担額が不明の場合は 支払った総額	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. いいえ

※ 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分からないときは、支払った金額を()内に記入してください。

健康保険 被保険者 高額療養費 支給申請書
健康保険 被扶養者 世帯合併

1 2 ページ
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

① 診療日

② 受診者

③ 療養を受けた医療機関・薬局の名称

④ 傷病名

⑤ 療養を受けた期間

⑥ 入院通院の別

⑦ 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)

⑧ 自己負担額が不明の場合は支払った総額

⑨ 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか

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。