

1か月ごとの申請の場合は 1、自己負担した医療費が年間上限額を超えた場合の申請は 2 に ○を付けてください。

申請する番号に ○を付けてください

- ① 月上限
- ② 年間上限

高額医療費支給申請書

負担者番号	81136194	総合計額									
受給者番号	① 1234567	保険者番号	② 6130000								
フリガナ	イタバシ ハナコ	保険者名称	いたばし連合健康保険組合								
受給者氏名	板橋 花子	健康保険記号番号	123 456								
生年月日	1970年 1月 1日	被保険者または世帯主の氏名	板橋 花子								
医療機関名	③ ○○クリニック (ほか 1件)	支店名	板橋 花子								
支払方法	④ 口座振込	種別	普通								
口座番号	1234567	銀行名	いろは 銀行								
		支店名	板橋 支店								
		フリガナ	イタバシ ハナコ								
		口座名義人	板橋 花子								
支給額決定通知書送付先		(現在お住まいの住所と同じ場合は記入不要)									
⑤ 対象児童の受給者番号		⑥ 対象児童の氏名	⑦ 今回の申請								
2	3	4	5	6	7	8	板橋 子太郎	有	無	2018年12月分 2019年 1月分	入院・外来別
3	4	5	6	7	8	9	板橋 花江	有	無	2018年12月分 2019年 1月分	入院・外来
								有・無		年 月分～ 年 月分	入院・外来
								有・無		年 月分～ 年 月分	入院・外来
								有・無		年 月分～ 年 月分	入院・外来
								有・無		年 月分～ 年 月分	入院・外来
⑩ 上記のとおり、高額医療費を申請します。											
2019 年 2 月 1 日											
住所 板橋区板橋△-△-△											
氏名 板橋 花子											
電話番号 ▲▲▲▲-▲▲▲▲											
(宛先) 東京都板橋区長											

親 医療証 (一部) 食	受給者 番号・氏名	備考
住所	負担者番号 8 1 1 3 6 1 9 4 受給者番号 1 2 3 4 5 6 7	板橋 花子 1970年 1月 1日 生
氏名	板橋 花子	負担者番号 8 1 1 3 6 1 9 4 受給者番号 2 3 4 5 6 7 8
有効期間	平成31年 1月 1日から 平成31年12月31日まで	板橋 子太郎 2001年 4月 1日 生
交付年月日	平成31年 1月 1日	負担者番号 8 1 1 3 6 1 9 4 受給者番号 3 4 5 6 7 8 9
		板橋 花江 2002年 5月 2日 生

健康保険 家族(被保険者)平成25年10月1日
被保険者証 記号 123 番号 456

氏名 板橋 花子
被保険者氏名 板橋 花子
生年月日 1970年 1月 1日
資格取得年月日 平成25年6月9日
事業所所在地 板橋区板橋●-●-●
事業所名称 株式会社 いたばし
保険者所在地 板橋区板橋▲-▲-▲
保険者番号・名称 06130000 いたばし連合健康保険組

① 医療証に記載されている受給者の一人目の方の受給者番号・氏名・生年月日を記入してください。

② お持ちの健康保険証を見ながら記入してください。
(健康保険証のコピー添付の場合は、記入省略可)

③ 内訳書の1に記載の医療機関名とその他の総件数を記入してください。

④ 希望される振込先口座の銀行名・支店名・口座番号・口座名義人を記入してください。
※①にて記入した方名義の口座のみ指定できます。

⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
医療証と自己負担上限額内訳書を参考に、二人目以降の受給者の方の受給者番号・氏名並びに各項目を記入してください。

⑩ 申請年月日・住所・受給者氏名(①に記載の方)・電話番号を記入してください。

高額医療費支給申請内訳書の記入の仕方

2018年12月分 高額医療費支給申請内訳書

受診者 **① 板橋 花子**

番号	診療日	医療機関名	入外別	医療費総額 (食費を除く)	一部負担金 相当額
1	② 9	③ 〇〇クリニック	④ 入院・外来	⑤ 4630 円	⑥ 460 円
2	12	〇〇クリニック	入院・外来	15600 円	1560 円
3	20 ~ 25	〇△総合病院	入院・外来	610000 円	57600 円
4			入院・外来	円	円
5			入院・外来	円	円
6			入院・外来	円	円
7			入院・外来	円	円
8			入院・外来	円	円
9			入院・外来	円	円
10			入院・外来	円	円
外来合計額				⑦ 20230 円	2020 円
入院合計額				⑧ 610000 円	57600 円
総合計額				⑨ 630230 円	59620 円

*申請対象月以前の1年間(2018年8月以降)で、世帯の自己負担合計が57,600円を超える月が3回以上ある場合は、その年月を下記にご記入ください。

⑩

① 2018年 8月 ② 2018年 9月 ③ 2018年 11月

- *受診者1人につき一枚の記入をしてください。
- *他の医療費助成制度を受けている場合には、その医療券のコピーを添付してください。
- *助成金額は、申請(領収書)金額とは異なる場合がございますのでご了承ください。

2018年12月9日

【外来】領収書
板橋 花子 様

領収金額 460 円

受診日: 2018年12月9日

保険内	保険点数	保険外	金額
診察料	346	文書料	
投薬料	48	材料費	
その他	69	その他	
小計	463	小計	
負担額	460		

埼玉県さいたま市△△1-2-3
〇〇クリニック
TEL: 048-333-5555

2018年12月12日

【外来】領収書
板橋 花子 様

領収金額 1560 円

受診日: 2018年12月12日

保険内	保険点数	保険外	金額
診察料	1080	文書料	
投薬料	480	材料費	
その他	0	その他	
小計	1560	小計	
負担額	1560		

埼玉県さいたま市△△1-2-3
〇〇クリニック
TEL: 048-333-5555

発行日 2018.12.25

入院 領収書 神奈川県藤沢市〇△1-1-1
〇△総合病院
板橋 花子 様 電話 0466-123-1234

負担割合: 10% 受診期間: 2018年12月20日~2018年12月25日

診療費	診察料	投薬料	注射料	処置料	検査料
	80,000	100,000	50,000	100,000	100,000
自費	入院料	その他	小計	患者負担額	食事負担額
	100,000	80,000	610,000	57,600	3,000
室料差額				文書料	その他
保険点数: 61000点				領収額	60600円

① 受診者氏名を記入してください。(受診者ごとに内訳書を作成してください)

② 診療を受けた期間(一番早い日付から一番遅い日付まで)を記入してください。

③ 受診した医療機関名を記入してください。

④ 診療種別(入院・外来)の該当するものにマルをつけてください。

⑤ ⑥ 総医療費(保険点数×10)と負担金額を記入してください。

領収書の記載事項をよく確認してください!

コピーではないですか? (申請済みの場合はコピー可)

受診者氏名は記載されていますか?

領収金額の記載はありますか?

保険総点数の記載はありますか?

入院・外来がわかりますか?

受診年月日の記載はありますか?

医療機関名・所在地・電話番号の記載はありますか?

ご不明な点は、お問合せください。
子どもの手当医療係 (3579)2374

⑦ ⑧ ⑨ 外来・入院それぞれの合計額と総合計額を記入してください。

⑩ 該当の月があれば記入してください。
※例えば、2018年8月、9月、11月が超えていれば、この3か月分を記入してください。