

申請する番号に
○をつけてください

- 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			保険者番号				
フリガナ 受給者氏名			保険者名称				
生年月日	年	月	日	健康保険記号番号			
医療機関名	(ほか 件)		被保険者または 世帯主の氏名				
支払方法	<input type="checkbox"/> 口座振込	種別	<input type="checkbox"/> 普通	銀行名	銀行 信用金庫 信用組合	支店名	支店
口座番号			フリガナ 口座名義人				
支給額決定通知書送付先							
対象児童の受給者番号	対象児童の氏名		今回の申請	申請月	入院・外来別		
			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		
			有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来		
			有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来		
上記のとおり、高額医療費を申請します。							
年 月 日			住所				
			氏名				
			電話番号				
(宛先) 東京都板橋区長							

年 月分 高額医療費支給申請内訳書

受診者	
-----	--

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			入院・外来	円	円
2			入院・外来	円	円
3			入院・外来	円	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				円	円
入 院 合 計 額				円	円
総 合 計 額				円	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。



①	年	月	②	年	月	③	年	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。