
高額療養費支給手続規程

(目的)

第 1 条 この規程は、施行規則第 109 条、109 条の 2 に基づき、高額療養費の支給手続を行なうに必要とする事項を定め、事務の適正化と事業運営の円滑化を図ることを目的とする。

(請求書様式)

第 2 条 高額療養費の請求書の様式は別に定める。

(請求形式)

第 3 条 高額療養費は支払基金を経由する診療報酬請求明細書もしくは、調剤報酬請求明細書にかかる分については当該請求書を組合で受領したとき、また第二家族療養費にかかるものについては、当該請求書を組合で受領したときに、それぞれ被保険者より請求があったものとみなす。

(支給時期)

第 4 条 第 3 条の請求形式による高額療養費は月 1 回の支給とする。
但し、他の請求形式による場合は請求のつど支給する。

附 則

この規程は、昭和 58 年 8 月 1 日から施行する。

この規程の変更は、2020 年 8 月 1 日から施行する。



支給期間	令和 年 月 日～	支給決定伺		
	令和 年 月 日 日間	令和 年 月 日決定		
算出額		常務理事	事務長	担当者
支給額		円		

被保険者 高額療養費 支給申請書
被扶養者 高額療養付加金

◎標題の該当しない部分を横線で消してください。
◎消せるボールペンで記入した場合は、書き直しをしていただきます。

被保険者証の記号番号		被保険者の氏名				印
受診者氏名		受診者生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	続柄	
傷病名		発病または負傷の年 月 日	平成 令和	年 月 日		
診療を受けた医療機関等	名称					
	住所					
診療または手当の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	日間				<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院
診療または手当に要した費用		円				
上記に関する請求金の受領を						◎に委任します。
令和 年 月 日						
被保険者 住所 氏名						印

キリンビール健康保険組合御中

【添付書類】 領収書(要原本)

調査印

備考欄	
-----	--

◇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。)

2020.3