

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者証 記号・番号		記号	② 被保険者 (フリガナ) (申請者)の 氏名				
	③ 被保険者 (申請者) の住所		番号	電話 ()				
	④ 事業所の名称							
	⑤ 療養を受けた者の 氏名・生年月日・続柄		氏名 (続柄)	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)			
			生年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日			
	⑥ 傷病名							
	⑦ 療養を受けた 医療機関・薬局 の名称・ 所在地		名称	所在地				
	⑧ ⑦の医療機関・薬局で 療養を受けた期間		令和 年 月 日～ 日 まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 日間	令和 年 月 日～ 日 まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 日間	令和 年 月 日～ 日 まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 日間			
	⑨ ⑧の期間に受けた療養に対して医 療機関・薬局で支払った総額		円	円	円			
	⑩ 他の公的制度から、医療 費の助成を受けられるか		<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない	費用徴収 の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない	費用徴収 の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 受けられる <input type="checkbox"/> 受けられない の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	⑪ 限度額適用認定証(限 度額適用・標準負担額 認定証)使用の有無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
	⑫ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費に該当する月が3ヶ月以上ある場合、直近3ヶ月分の診療月をご記入ください							
診療年月1	令和 年 月受診	診療年月2	令和 年 月受診	診療年月3	令和 年 月受診			

市区長村長が 証明する欄	当該被保険者は令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区長村長名	㊟
-----------------	---	---

注) マイナンバーカードにて
医療機関等を受診の場合は、
申請が不要の場合があります

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 氏名 【自署】		令和 年 月 日
	委任された 受取代理人 (事業主等)	住所 氏名	被保険者(申請者)者と 受取代理人との関係	
	窓口受領者	上記金額正に受領いたしました。 住所 氏名		令和 年 月 日

受 付 日 付 印

名古屋木材健康保険組合

被保険者のマイナンバー記入欄	社会保険労務士の 提出代行者印	㊟
----------------	--------------------	---

※被保険者証の記号番号がご不明な場合にご記入ください

① 診療報酬点数 × 10 円	自己負担額	② 診療報酬点数 × 10 円
× $\frac{1 \cdot 2 \cdot 3}{10} = ()$ 円)	—	ア 262,600円 + (円 - 842,000円) × 1%
× $\frac{1 \cdot 2 \cdot 3}{10} = ()$ 円)		ア多数 140,100円
× $\frac{1 \cdot 2 \cdot 3}{10} = ()$ 円)		イ 167,400円 + (円 - 558,000円) × 1%
× $\frac{1 \cdot 2 \cdot 3}{10} = ()$ 円)		イ多数 93,000円
		ウ 80,100円 + (円 - 267,000円) × 1%
		ウ多数 44,400円
		エ 57,600円 エ多数 44,400円
		オ 35,400円 オ多数 24,600円

計 (① 円) - (② 円) = 円