

自己負担額計算表

申請者 _____

医療費の支払者 _____

加入保険組合名 _____

| 診療年月 | 窓口で支払った医療費③=①+② | | 高額療養費④ | 付加給付金等⑤ | 自己負担額 ⑥=③-④-⑤ |
|-------|-----------------|---------|--------|---------|------------------|
| | 保険適用分① | 保険適用外分② | | | |
| R 年 月 | | | | | |
| R 年 月 | | | | | |
| R 年 月 | | | | | |
| R 年 月 | | | | | |
| R 年 月 | | | | | |
| R 年 月 | | | | | |
| R 年 月 | | | | | |
| 合計 | | | | | ⑦ |

診療を受けた月以前の1年間に3ヵ月以上の高額療養費の支給を受けたことがありますか
(限度額適用認定証を使用し、自己負担限度額を負担した場合も含む)

ない

・

ある →

4ヵ月目から自己負担限度額がさらに軽減される場合があります。
ご自身が加入している保険組合にご確認ください。