

日本製鋼所健康保険組合 御中

常務理事	事務長	担当者

被保険者・被扶養者 高額療養費支給申請書
 世帯合算・多数該当 (R . 月 診療分)

年 月 日

所 属	TEL ()	(保険証)記号・番号	氏 名		
①療養を受けた者の氏名 (続柄)			生年月日	S・H・R	
診 療 期 間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日				
傷 病 名		病院等で支払った額		円	
病院等の名		病院の住所			
②療養を受けた者の氏名 (続柄)			生年月日	S・H・R	
診 療 期 間	R 年 月 日 ~ R 年 月 日				
傷 病 名		病院等で支払った額		円	
病院等の名		病院の住所			
健保 記入	診療点数	自己負担額	控除額	算出額	区分() 多数(該当・不該当)
①		円	円	円	給付決定額
②		円	円	円	

給 与 振 込 依 頼 欄	上記給付決定額の受領に関する権限を 事業所 に委任します。
	年 月 日
	住 所 被保険者氏名

銀 行 振 込 依 頼 欄	上記給付決定額を振込依頼致します。		
	年 月 日		
	住 所 被保険者氏名		
	銀行名	銀行	預金種別
本支店名	店	口座名義(カナ)	
口座番号			

1. 1ヵ月毎(月頭~月末)に記入して下さい。
2. 医科・歯科・入院・外来毎に、病院の領収書を添付して下さい。(コピー可)
3. 申請書は被保険者・被扶養者毎に提出して下さい。(合算高額療養費を除く)
4. 世帯合算がある場合のみ①②に記入して下さい。
5. 部屋代の差額や食事代負担分は高額給付の対象にはなりません。
6. 「銀行振込」をご利用の際は、申請される被保険者の名義の口座をご記入下さい。

※ 本書に記載されている情報は、この請求のためのみに使用し、他目的へは使用しません。
 また、健保への送付時、本情報が他人の目に触れないようご注意ください。