

常務理事	事務長	担当者
<div style="border: 1px solid black; background-color: yellow; padding: 5px; display: inline-block;"> 健保組合用 </div>		

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 期 間		月をまたがない医科・歯科・入院・外来ごとの診療期間(同月の月頭~月末内)	
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
①			算出額
②			円
区分() 多数(該当・不該当)			円
健保の記入欄			円

月をまたがない医科・歯科・入院・外来ごとの診療期間(同月の月頭~月末内)

○保険給付の患者負担額を記入
○保険給付外のペット差額代・文書料・食事自己負担などは保険給付の対象になりません。

健保の記入欄

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 被保険者氏名 <div style="background-color: #FF00FF; color: black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> ・任意継続の方 ・給与振込で振込不可能な場合 </div>
銀行名	銀行 預金種別 普通 ・ 当座
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。