

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 (回目)
①		円	円	円	給付決定額
②		円	円	円	

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

銀 行 振 込 依 頼 書	振込依頼書		
	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		普通 ・ 当座

- 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。