

常務理事	事務長	担当者

被保険者・被扶養者
世帯合算・多数該当 (R . 月 診療分)

高額療養費支給申請書

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		
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 40%;"> 月をまたがない内科・歯科・入院・外来毎の診療期間(同月の月頭~月末内) </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block; width: 40%; margin-left: 10px;"> ○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。 </div>			
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
			円
			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。 JSWの方記入 _____ 年 月 日 住 所 _____ 被保険者氏名 _____											
銀 行 振 込 依 頼 書	<h3 style="text-align: center;">振込依頼書</h3> 上記給付決定額を振込依頼致します。 JSW以外の方記入 _____ 所 被保険者氏名 _____											
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">銀行名</td> <td style="width: 25%;">銀行</td> <td style="width: 25%;">預金種別</td> <td style="width: 25%;">普通 ・ 当座</td> </tr> <tr> <td>本支店名</td> <td>店</td> <td rowspan="2">口座名義 (カナ)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>口座番号</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	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		
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. 内科・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。