

診療月の満年齢が69歳以下の方

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費支給申請書

(平成 年 月診療分)

必ず記入してください

被保険者証の 記号番号	(記号)	(番号)	事業所名	
療養を受けた方の氏名	1	2	3	
療養を受けた方の 生年月日 (被保険者から見た続柄)	昭・平 年 月 日 ()	昭・平 年 月 日 ()	昭・平 年 月 日 ()	
傷病名				
療養を受けた病院・診療所等の 名称及び所在地	名称 所在地			
の病院等で療養を 受けた期間	年 月 日から 日まで (入院・通院) (日間)	年 月 日から 日まで (入院・通院) (日間)	年 月 日から 日まで (入院・通院) (日間)	
の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額	保険適用分 円 保険適用外(自費)分 円	保険適用分 円 保険適用外(自費)分 円	保険適用分 円 保険適用外(自費)分 円	
他の制度から自己負担額 又はその一部の支給を受 けられるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	
の診療月を含めた過去1年間に転勤・転職等により被保険者証の記号番号 が変わった場合は以前の被保険者証の記号番号を記入してください。ただし 当組合から過去に高額療養費の支給を受けた場合だけ記入してください。			記号() 番号() 記号() 番号()	
被保険者 (申請者)の 氏名・印・ 住所・郵便番号	氏名 フリガナ() 印 住所 ()	住所 〒 - ()		
給付金の受領方法	*代理人に委任する方は記入してください【被保険者(申請者)印は 欄に押した印に限ります】			
	この給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ 印に委任します。 平成 年 月 日 被保険者(申請者)氏名 _____ 印			
給付金の受領方法	振込希望金融機関			
	【被保険者(申請者)又は委任代理人の口座に限ります】 フリガナ() () 店番 _____ 銀行 _____ 支店 _____ 口座番号 _____ 信用金庫 _____ フリガナ() 口座名義人氏名 _____			
市区町村長が 証明するところ	上記の被保険者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証する。 平成 年 月 日 市(区)町村長名 _____ 印			受付年月日 _____
負傷の発生状況	いつ _____ 年 月 日 午前 _____ 時 分 どこで(場所) _____ 何の目的で _____ 何をしているときに _____ どうなった _____			

入院時食事療養費は支給対象となりません。
この給付金のお支払いは受診月から3ヵ月以降となります。

高齢受給者の方

当健保組合が交付した『健康保険高齢受給者証』をお持ちの方で、病院等に支払った一部負担金が『自己負担限度額』を超えた場合は、この欄にも記入してください。

〔平成 年 月診療・受療等分〕

療養等を受けた方の氏名・生年月日・続柄					
氏名		生年月日	昭和 年 月 日	続柄 (被保険者から見た続柄)	
療養を受けた病院・診療所等の 名称及び所在地		療養等を受けた期間		どのような療養を受けましたか (該当するものを で囲んでください)	
				療養等に対し、病院等で 支払った額 他の制度から自己負担額又は その一部を受けられるかどうか 円	
ア	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
イ	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
ウ	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
エ	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
オ	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
カ	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
キ	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
ク	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
ケ	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円
コ	名称	年 月 日から 日まで	()日間(入院・通院・その他)	病院・診療所等、柔道整復師、 はり、きゅう、コルセット、 その他()	受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) 受けられない
	所在地				円