

本人  
家族  
合算

# 高額療養費支給申請書

診療年月 平成 年 月 分

注意

「病院で支払った」額は、保険診療分に係る自己負担額にのみ記入してください（部屋代・食事療養費を除く）。  
同月内で本人・家族の申請がある場合はそれぞれ別の申請書でお願い致します（合算を除く）。  
高額療養費のお支払は、最短でも受診月の3ヵ月後になります。（医療機関の処理状況により3ヶ月以上かかる場合もございます）。

この請求書に記載されている個人情報には支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名（または勤務していた事業所名）		
	被保険者（申請者）氏名	フリガナ 氏 名		印		
	被保険者（申請者）住所	〒			自宅電話番号	
					携帯電話番号	
	療養を受けた方の氏名・生年月日等	年 月 日生 続柄 ( ) 歳	年 月 日生 続柄 ( ) 歳	年 月 日生 続柄 ( ) 歳		
	療養を受けた病院等	名 称 所 在 地				
	区 分 <small>該当する区分に をして下さい</small>	入院 ( ) 科 通院 ・ 歯科 ・ 調剤	入院 ( ) 科 通院 ・ 歯科 ・ 調剤	入院 ( ) 科 通院 ・ 歯科 ・ 調剤		
	療養を受けた期間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間		
	病院等で支払った額 (自己負担額)	円		円		円
	国または都道府県 (市区町村)等から 医療費の補助が 受けられるか否か	イ 受けられない	イ 受けられない	イ 受けられない		
		ロ 受けられる (制度名 ) (費用の徴収 有 ・ 無)	ロ 受けられる (制度名 ) (費用の徴収 有 ・ 無)	ロ 受けられる (制度名 ) (費用の徴収 有 ・ 無)		
	今回申請の診療月以前 1年間に高額療養費の 支給を3月以上受けた 場合その年月等	診療月 平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分		
		保険証の 記号・番号				
		事業所名				

受付日付印

受 取 代 理 人 の 欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します
	被保険者（申請者）氏名 印
	住所
	代理人の 氏名 印

受領委任する場合、「支払金融機関」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい。

支 払 金 融 機 関	金融機関コード	支店番号				
	銀行 金庫		本店 支店			
	口座番号	普通 ・ 当座				
	口座名義 (カタカナで)					

## 添付する書類

1. 病院等で支払った領収書の写し
2. 被保険者が市区町村の非課税者である場合は、市区町村民税の非課税証明書  
生活保護法の要保護者である場合は、福祉事務所の保護開始決定書の写し。
3. 申請者が相続人の場合は、戸籍謄本(原本)。

は同じ印を使用して下さい。

全日本理美容健康保険組合