

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書

◎診療月ごとに申請書をご提出ください。

※申請書は黒のボールペン（消えないペン）でご記入ください。

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ついてのみ記入してください（部屋代・食事療養費を除く）。
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提供いたしません。

| | | | | | | |
|---|---|---|---|--------------------------|--------------------|--|
| 被 保 険 者 が 記 入 す る 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 | | 被保険者生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日生 | |
| | 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 | 年 月 日生 | 年 月 日生 | 年 月 日生 | | |
| | 続柄 年齢 | 続柄 () 歳 | 続柄 () 歳 | 続柄 () 歳 | | |
| | 療養を受けた病院等 | 名 称 | | | | |
| | | 所在地 | | | | |
| | 区分 該当する区分に○をして下さい | 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 | 年 月 日から 同月 日まで 日間 | 年 月 日から 同月 日まで 日間 | 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 ロ 受けられる （制度名） （費用の徴収 有・無） | イ 受けられない ロ 受けられる （制度名） （費用の徴収 有・無） | イ 受けられない 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 | 年 月 診療分 | 年 月 診療分 | 年 月 診療分 | | |
| | 保険証の 記号・番号 | | | | | |
| | 事業所名 | | | | | |

| | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 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 |
| | 住所 代理人の 氏名 |

★受領委任する場合、「支払金融機関欄」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ください。

受付日付印

| | | | |
|---------------------------------|-----------------|----------|----------|
| 支 払 金 融 機 関 欄 | 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(原本)
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)。

全日本理美容健康保険組合