

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 (第 回目)

◎ 診療月ごとに1枚の用紙で申請してください。
◎ 健康保険適用分における自己負担額のみが対象となります。(入院時食事療養費の自己負担分は対象外です。)
◎ 支給時期は、最早でも診療月の3ヶ月後の月となりますので予め留意願います。

被保険者証の記号・番号		事業所	名称	旅行 株式会社						
記号	番号		所在地	東京都港区芝大門 - -						
239	1234									
被保険者の (申請者)	氏名		生年月日		連絡先電話番号					
	旅行 育三 (印)		昭和 30年 10月 10日 平成		03-3 -					
	連絡先住所		高額医療費資金貸付制度							
〒 105 - 0012		東京都港区芝大門 - - JDBビル7階			①: 利用していない 2: 利用した					
診療月	平成 17年 8月									
療養を受けた方の氏名と生年月日および被保険者との続柄	氏名	旅行 育三		氏名			氏名			
	30年 10月 10日生			年 月 日生			年 月 日生			
(続柄: 本人)				(続柄:)				(続柄:)		
傷病名										
診療を受けた病院等の	名称									
	所在地									
上記病院等で診療を受けた期間と入院通院の別	8月 1日から 20日 (10日間、入院・通院)		月 日から 日 (日間、入院・通院)		月 日から 日 (日間、入院・通院)					
上記期間に受けた療養に対し病院等に支払った額	193,000 円		円		円		円			
備考										
支払先金融機関	UFJ		銀行 信用金庫 信用組合		芝大門		本店	①: 普通		
	本支店コード	1 2 3	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	口座名義人	本店支店		種別	2: 当座 4: 貯蓄	
						(カタカナ)		リョコウ イクゾウ		

「支払先口座名義人」を被保険者以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと。

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。							平成 年 月 日 提出	
	被保険者住所		氏名		印		受付日付印		
	代理人の氏名と印	(フリガナ)		印		申請者との関係			
	代理人の住所	〒 -							

【必要な添付書類】

- 領収書のコピー
- 傷病名が、けがなどの外傷性の場合：『負傷原因届』（初回申請時のみ）
- 傷病の原因が、第三者行為による場合：『第三者行為による傷病届』（初回申請時のみ）