

支給決定 並びに支出伺	常務理事	事務長	担当	支給決定額					円
				標準報酬	ア	イ	ウ	エ	オ
				千円	83万以上	53万~79万	28万~50万	26万以下	低所得

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

被保険者(申請者)情報	被保険者証の記号	82	番号	100000	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 年 <input type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 日
	氏名	(フリガナ) サンタテ タロウ	三立 太郎	所属	三協立山(株) 〇〇〇 〇〇〇〇〇	部・支店・工場 課
	自宅住所	(〒 933 - 〇〇〇〇)	富山 富山	都道府県	富山	
	電話番号	TEL 0766 (〇〇) 〇〇〇〇	高岡市〇〇町〇〇		〇〇〇番地	

申請内容	1 診療月	令和 〇年 〇月	[左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院 別等)にご記入ください。]		
	2 受診者	1 被保険者 2 家族(被扶養者)	1 被保険者 2 家族(被扶養者)	1 被保険者 2 家族(被扶養者)	
		氏名	三立 花子		
	家族の場合はその方の	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称	〇〇〇病院	〇〇〇病院	
		所在地	高岡市〇〇〇〇番地	高岡市〇〇〇〇番地	
療養の内容などについて	4 傷病名	急性虫垂炎	腰部脊柱管狭窄症		
	5 療養を受けた期間	〇年 〇月 〇日	〇年 〇月 〇日	年 月 日	
		<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	
6 保険診療分の自己負担額	150000 円	90000 円		円	

【添付書類】上記医療機関等の医療費の領収証(写)を申請書に添付してください。

振込先指定口座	金融機関名称	北陸 高岡	(銀行)(金庫)(信組) (農協)(漁協)	(本店)(支店) (出張所)	店舗番号 201
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。 サンタテ タロウ	口座名義の区分	1	1. 申請者(被保険者) 2. 代理人

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日	受付日付印
	氏名			
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係	
	住所(フリガナ)			
	氏名			

被保険者証の記号・番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。※【注意】マイナンバーを記載した場合は個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

備考欄