

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	番号	生年月日
	氏名	(フリガナ)	所属
	自宅住所	(〒 -)	都道 府県
	電話番号	TEL ()	

申請内容	1 診療月	令和 年 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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
	氏名				
	家族の場合はその方の	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	所在地			
	4 傷病名				
5 療養を受けた期間		年 月 日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	年 月 日 年 月 日 <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		円	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	(銀行)(金庫)(信組) (農協)(漁協)	(本店)(支店) (出張所)	店舗番号	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号		
	口座名義	▼カタカナでご記入ください。	口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者(被保険者) <input type="checkbox"/> 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
	代理人(口座名義人)	住所 (フリガナ)	委任者と代理人との関係
		氏名	

受付日付印

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。