

健保 決裁 欄	常務理事	事務長	係		

受付印

支払印

# 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

(診療年月: 年 月)

\*国内の医療機関で受診された場合、当健保組合では自動払い方式を採っていますので申請の必要はありません。

社員No.

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 の記号・番号	1324 -	被保険者 氏 名	生年月日	昭・平 年 月 日
	受診者		続柄	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	生年月日 昭 平 年 月 日 令
	医療機関 (薬局) の名称				
	医療機関 (薬局) の所在地				
	診療を受けた 期間	( )日 から ( )日	( )日 から ( )日	( )日 から ( )日	
	支払った金額		円	円	円
第三者行為に よる傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	→「はい」の場合は「第三者 行為による傷病届」を提出	業務上、または通勤 途上での傷病ですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	
国や住いの自治体で医療費の 助成制度を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	制度の名称			
上記のとおり請求します。ただし、給付金の受領を下記事業主に委任します。					
住所 〒 令和 年 月 日					
氏名 (申請者) Tel:					

退 職 者 記 入 欄	◆資格喪失(退職の翌日)後に請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 (「振込銀行口座」が確認できる通帳の写しを添付)	振込銀行口座(※請求者名義の口座に限る)		
	※ 被保険者死亡のため相続人が請求者となる場合、被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)を必ず添付。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)	金融機関コード	店番号	
		<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所	
		口座番号	口座名義(カナで記入)	
	普通			

## 【添付書類】

高額療養費に該当する医療機関のすべての領収書のコピー  
(領収書は返却できません。)

\*不足している場合は給付できませんのでご注意ください。

※消えるボールペン等の筆記用具で記入、修正テープは使用しないでください。

※「被保険者証の記号番号、被保険者氏名」は保険証に記載されているものを記入してください。

※訂正部分は二重線で抹消し、被保険(申請)者の訂正印またはサインが必要です。

※「被保険者記入欄」を記入された後は、会社(人事総務G)へ提出してください。

【請求書提出先】

人事総務G

事 業 主 証 明 欄	上記のとおり相違ないことを証明します。 委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている所定の方法で受け取ります。	
	令和 年 月 日証明	事業所所在地
	受任者	事業所名称
		事業主氏名

【健保記入】