

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 ○年 ○月 ○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)	○○ 部・支店・工場 ○○○ 課
	自宅住所	(〒 933 - ○○○○)	富山	都道府県	富山	
	電話番号	TEL 0766 (○○) ○○○○	高岡市	番地	○○○番地	

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	1	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
		氏名	三立 花子	氏名	
	家族の場合はその方の	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	生年月日	<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	○○○○○病院	名称	○○○○○病院
		所在地	高岡市○○○ ○○○番地	所在地	○○市○○○ ○○○番地
4 傷病名	急性虫垂炎	傷病名	腰部脊柱管狭窄症	傷病名	
5 療養を受けた期間	○年 ○月 ○日 ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	療養を受けた期間	○年 ○月 ○日 ○年 ○月 ○日 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	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
6 保険診療分の自己負担額	150000 円	保険診療分の自己負担額	90000 円	保険診療分の自己負担額	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	銀行	高岡	店舗番号	201
	預金種別	1 普通 2 当座	口座番号	1234567	※左づめでご記入ください。 ※ゆうちょ銀行は不可です。	
	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
	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		

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。