

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・印	(フリガナ)	印	所属
	自宅住所	(〒 -)	都道府県	部・支店・工場 課
	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	<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	<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				
	所在地				
療養の内容などについて	4 傷病名				
5 療養を受けた期間	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日		
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
	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

▼「2. 代理人」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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

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。