

本件支給決定してよろしいか											
常務理事	事務長	担当者	担当者	支給決定額	百万	十万	万	千	百	拾	円
					標準報酬月額	計算式					
資格関係	年 月 日取得			資格照合	千円						
	年 月 日喪失				適用区分						

## 健康保険 高額療養費支給申請書

( 年 月 診療分)

被保険者証の記号番号	記号	番号	番号	番号	番号	所属名		
被保険者(請求者)の住所・電話番号	〒		-		TEL		-	-
氏名	氏名							
診療を受けた者の氏名	1		2		3			
生年月日	年 月 日		年 月 日		年 月 日			
続柄								
傷病名								
療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称							
	所在地							
上記病院等で療養を受けた期間	年 月 日から		年 月 日から		年 月 日から			
	年 月 日まで 日間		年 月 日まで 日間		年 月 日まで 日間			
上記の期間に療養に対し病院等に支払った金額	円		円		円			
他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる(費用徴収の有・無) (制度名 ) 受けられない		受けられる(費用徴収の有・無) (制度名 ) 受けられない		受けられる(費用徴収の有・無) (制度名 ) 受けられない			
今月申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合は、その直近の診療月・被保険者証の記号・番号及び支給を受けた健康保険組合名 (社会保険事務所名)	診療月	年 月 診療分		年 月 診療分		年 月 診療分		
	被保険者証の記号番号	-		-		-		
	健康保険組合名 (社会保険事務所名)							
委任欄	この申請に基づく給付金の受領について、事業主経由にて私が受領することに同意するとともに、給付金情報をタカラスタンダード健康保険組合が事業主に提供することに同意します。							
	年 月 日							
	被保険者氏名							

※市区町村民税が非課税の方のみ市区町村で証明を受けてください。

市区町村長が証明する欄 (非課税者のみ)	当該被保険者には、令和 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。
	市区町村長名 <span style="float: right;">⑧</span>

※退職後の請求の場合は、銀行口座を記入してください。

振込を希望する銀行名	銀行 信用金庫	支店	口座番号						
	※銀行口座確認のため通帳の写しを添付してください。								