

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	資格照合	支給 決定額	百万	十万	万	千	百	拾	円
						(計算式)						
年 月 日 取得				標準報酬月額	適用区分							
年 月 日 喪失				千円								

《※上欄は記入しないこと》

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	事業所の名称			
被保険者(請求者) の住所・電話番号 氏 名	〒 _____		TEL () _____			
	フリガナ 氏名					
診療を受けた者の 氏 名 生 年 月 日 続 柄	1	2	3			
	年 月 日	年 月 日	年 月 日			
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					
上記の病院等で療養 を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
上記の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った金額	円	円	円			
他の制度により自己負担 相当額又はその一部の支 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 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。(退職者は記入不要) 年 月 日 被保険者氏名					

※市区長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)	当該被保険者には平成 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 ㊟
-------------------------	--

※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(請求者名義)	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下さい。									