

健康保険 高額療養費支給申請書 (平成 年 月分)

① 被保険者証の 記号と番号	-		② 事業所の名称			
③ 被保険者 (申請者) の氏名と印	フリガナ			④ 被保険者の 生年月日	昭和・平成 年 月 日	
	印					
⑤ 被保険者 (申請者) の住所	〒 - 電話 ( ) -					
⑥ 療養を受けた方 の氏名及び続柄	(続柄)		(続柄)		(続柄)	
⑦ 療養を受けた方 の生年月日	昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日		昭和・平成 年 月 日	
⑧ 傷病名						
⑨ 療養を受けた病院等の 名称及び 所在地	名称					
	所在地					
⑩ ⑨の病院等で療養 を受けた期間	年 月 日から 日間 同月 日まで		年 月 日から 日間 同月 日まで		年 月 日から 日間 同月 日まで	
⑪ ⑩の期間に受けた 療養に対して病院 等に支払った額	( 円)		( 円)		( 円)	
⑫ ⑩の期間に受けた 療養に対して病院 等に支払った額	・受けられる 制度名 ( ) 費用徴収の 有・無 ・受けられない		・受けられる 制度名 ( ) 費用徴収の 有・無 ・受けられない		・受けられる 制度名 ( ) 費用徴収の 有・無 ・受けられない	
	診 療 月	1.平成 年 月診療分	2.平成 年 月診療分	3.平成 年 月診療分		
	被保険者証 の記号番号	-		-		-
⑬ 今回申請の診療月以前 1年間に3回以上高額 療養費の支給を受けた 場合、その直近3回分 の受給記録	限度額適用認定 証の使用の有無		有・無		有・無	

⑭	払渡希望 金融機関名	銀行 信用金庫						支店
	口座番号	1.普通預金 2.当座預金	No.					フリガナ
⑮ 委任状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日							
	被保険者 住所 (申請者) 氏名		----- 印 -----					
代理人 住所 氏名		----- 印 -----						

⑯ 市区町村長が 証明する欄	当該被保険者は平成 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		印					

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長殿 平成 年 月 日提出

注意事項

1. 申請書は暦月ごとに作成してください。
2. ⑧欄の傷病名はわかる範囲で記入してください。
3. ⑩欄は同一月内期間を記入してください。
4. ⑪欄は、保険診療分として支払った金額を記入してください。保険診療分が明確でないときは、病院等で支払った金額を ( ) 内に記入してください。⑫欄で費用徴収が「有」の場合は実際に徴収された金額を記入してください。
5. 被保険者(申請者)の印については、氏名を本人自ら署名した場合には押印は不要です。ただし、委任状欄の被保険者(申請者)及び代理人の印については省略できません。