

決裁	理事長	副理事長	事務長	係	決定	年 月 日			受 付	
					支払	年 月 日				
	支出費目		款	保険給付費	項	高額療養諸費	目	高額療養費	節	負担金補助及び交付金
	支給(出)金額					資格取得	昭和 平成 令和 年 月 日			
多数該当の状況		診療月	1. 年 月 診療分		2. 年 月 診療分		3. 年 月 診療分			
備考										

※本書作成時は裏面の記載要項にしたがって、黒ボールペン(消えないペン)で太枠内のみご記入ください。

高額療養費支給申請書											a (年 月 診療分)	
① 被保険者証の記号・番号		00-000-0000			② 組合員の氏名 生 年 月 日		衣料品 太郎 昭・平・令 年 月 日 生					
③ 療養を受けた者の氏名 生 年 月 日 続 柄 個 人 番 号 (マイナンバー)		1. 衣料品 花子 昭・平・令 年 月 日 続 柄 妻 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3			2. 衣料品 花子 昭・平・令 年 月 日 続 柄 妻 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3			3. 年 月 日 昭・平・令 年 月 日 続 柄 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3				
④ 傷 病 名												
⑤ 療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地		名 称 病院の名称を記入してください。			名 称 病院の名称を記入してください。							
		所 在 地 病院の住所を記入してください。			所 在 地 病院の住所を記入してください。							
⑥ ⑤の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで			年 月 日から 年 月 日まで				
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		00,000 円 (000,000円)			00,000 円 (000,000円)			円 ()				
⑧ 発症又は負傷理由		1：第三者行為(交通事故等)			2：業務上の事故(通勤災害等)			3：その他(疾病等)				
⑨ 備 考												
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 b 住 所 住所を記入してください。 組 合 員 氏 名 衣料品 太郎 電 話 電話番号を記入してください。 個 人 番 号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 (マイナンバー)												
大阪衣料品小売国民健康保険組合 理事長 殿 c												
委任の場合		金額の受療を下記の者に委任します。 d 委任された者の住 所 氏 名 印										
振込口座		金融機関名 〇 〇 銀 行			支店 〇 〇 支 店 e							
		種 別 1 普通 2 当座			口 座 名 (カナ) イリョウヒン タロウ							
		口座番号 00000000			口 座 名 (漢字) 衣料品 太郎							

70歳未満 高額療養費支給申請書・記入例
「こんなときは？」を参考に添付書類とともに記入捺印し、組合まで提出してください。

- a 領収書の診療月を記入してください。
- ① 被保険者証を確認し、記号番号を記入してください。
不明な場合は、組合へお問い合わせいただくか、空欄でも構いません。
- ② 組合員(世帯主)の必要事項を記入してください。
- ③ 給付対象者の必要事項を記入してください。
- ④ 診断書等の傷病名を記入してください。
- ⑥ 領収書の入院もしくは、療養期間を記入してください。
- ⑦ 領収書の保険内の金額を記入してください。 () 内は総額を記入してください。
- ⑧ 該当箇所に○をつけてください。
- b 記入日を和暦で記入してください。
- c 組合員(世帯主)のマイナンバーを記入してください。
- d 組合員(世帯主)以外の方が申請する場合記入してください。
- e 振込を希望される銀行を記入してください。