

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(出)給 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) (令和 ○年 ○月診療分)										
① 被保険者 記号番号	衣国 00-000-0000			② 組合員の氏 名	衣料品 太郎					
				生年月日	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			2. 衣料品 花子			3.			
	昭・平・令 ○年 ○月 ○日			昭・平・令 ○年 ○月 ○日			昭・平・令 年 月 日			
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。			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。			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 ○日間			○年 ○月 ○日から ○日間			年 月 日から 日間			
⑦ ⑥の期間に受けた療 養に対し病院等で支 払った額	000,000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: ③ その他(疾病等)			
⑨ 備考										
上記のとおり申請します。 (b) 令和 ○年 ○月 ○日 住所 住所を記入してください。 組合員氏名 衣料品 太郎 (衣料品印) 電話 電話番号を記入してください。 (c) 個人番号 (マイナンバー) 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 大阪衣料品小売国民健康保険組合 理事長 殿										
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	(e) ○ ○ 銀行			支店	○ ○ 支店				
	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	0 0 0 0 0 0 0 0			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。(月毎に申請が必要です)

① 被保険者記号番号を記入してください。
資格情報のお知らせ等に記載されています。
不明な場合は、組合へお問い合わせください。

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 該当箇所には○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。