

決裁年月日	平成 年 月 日	同年月日	平成 年 月 日
支給支払決議書	支給金額	拾万 万 千 百 拾 円	自県 他県 1 2 3 4 診療月
	高額療養費	1 2	入院 通院 歯科 調剤
	一部負担還元金 家族療養費付加金		証拠索引 No. 高額回数 回目
			取 喪 年月日 年月日
			未 就 学 児 高 齢 受 給 者 上 位 所 得 者 低 所 得 者 特 定 疾 病

健康保険 本人高額療養費 一部負担還元金
 家族高額療養費 家族療養費付加金 支給申請書 家族
 合算高額療養費 合算高額療養費付加金

被 保 者 が 記 入 す る と こ ろ	記号と番号	〇〇 - 〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社 自動車部品
	診療を受けた方の氏名 および生年月日	部品 花子	部品 花子	
	診療を受けた病院等(調剤)の 名称	〇〇病院	〇〇〇薬局	
	所在地	東京都〇〇区〇〇町〇-〇	東京都〇〇区〇〇町〇-〇〇	
	傷病名	〇〇〇〇	〇〇〇〇	
	診療を受けた期間	〇〇年〇月〇日から 〇〇年〇月〇日まで (〇日間)	〇〇年〇月〇日から 〇〇年〇月〇日まで (〇日間)	年 月 日から 年 月 日まで (日間)
	上記の期間に受けた療養費 に対し病院等で支払った額	〇〇〇〇円	〇〇〇〇円	円
	限度額認定証を医療機関の 窓口に	1. 提示した (〇 月 〇 日) 2. 提示していない	1. 提示した (〇 月 〇 日) 2. 提示していない	1. 提示した (月 日) 2. 提示していない
	都道府県や区市町村から医療費の助成 を受けた場合	区市町村名 () 電話番号 () 制度名 ()	区市町村名 () 電話番号 () 制度名 ()	区市町村名 () 電話番号 () 制度名 ()
	平成 〇〇 年 〇 月 〇 日 上記のとおり申請します。 住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 被保険者 氏名 部品 太郎			

受 取 金 融 機 関 の 欄	銀行コード	〇〇〇〇	〇〇銀行
	銀行名		
	店番号	〇〇〇	〇〇支店
	支店名		
	種類	普通	当座
口座番号	1234567		
フリガナ	ブヒン タロウ		
口座名義	部品 太郎		

委 任 状	上記請求金額の受領を 印 に委任します。
	平成 年 月 日
	被保険者氏名 印

個人振込を希望される場合は、被保険者の口座をご記入ください。(委任状は不要です)
ゆうちょ銀行の場合は、口座番号欄に通帳の記号番号を記入してください。

【添付書類】

- 領収書のコピー 添付できない場合の理由 ()
- 療養のあった月の属する年度[8月から翌年の7月]分の区市町村民税が非課税の場合は被保険者の非課税証明書

【注意事項】

- 申請書は、各月ごとの申請となります。
- 外来は各診療科ごと、入院などで2箇所以上の病院で診療を受けた場合も各病院ごとにご記入ください。
- 外来などで処方箋の交付を受けて調剤薬局で薬を購入した場合は、処方箋を交付した医療機関の療養とみなし合算して申請できます。なお医療機関名及び調剤薬局名は個々にご記入ください。
- 自費診療分(入院時の食事代・差額ベッド代・歯科における自費分・保険外治療材料等医師などの診断書料など)については、支給の対象外です。
- 都道府県や区市町村から医療費の助成等を受けている場合は、必ずご記入ください。
(都道府県・区市町村優先の場合があるため)

受 付 印

平成 年 月 日
日本自動車部品工業健康保険組合
26年 6月改定