

決裁年月日	令和 年 月 日	伺年月日	令和 年 月 日
支給支払決議書	支給金額	拾万 万 千 百 拾 円	診療月 入院 点
	高額療養費		外来 点
	一部負担還元金 家族療養費付加金		高額回数 回目 点
			歯科 点 調剤 点 計 点

- 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
 合算高額療養費 合算高額療養費付加金

健康保険

支給申請書

平成・令和 元 年 〇 月 診療分

被 保 者 が 記 入 す と こ ろ	記号・番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇	事業所の名称	〇〇〇株式会社
	診療を受けた方の氏名 および生年月日	健保 〇〇		
		生年月日 S45年10月19日(続柄 本人)	生年月日 年 月 日(続柄)	生年月日 年 月 日(続柄)
	診療を受けた病院 等(調剤)の 名称	〇〇〇附属病院		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇		
	傷病名	肝機能障害		
	診療を受けた期間	〇年〇月〇日から (〇 日間) 〇年〇月〇日まで	年 月 日 から (日間) 年 月 日 まで	年 月 日 から (日間) 年 月 日 まで
	上記の期間に受けた療 養費に対し病院等で支 払った額	〇〇〇,〇〇〇 円	円	円
	限度額認定証を医療 機関の窓口に	1. 提示した(H・R 〇年〇月〇日) 2. 提示していない	1. 提示した(H・R 年 月 日) 2. 提示していない	1. 提示した(H・R 年 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 (〇〇市役所) 電話番号 (〇〇-〇〇-〇〇〇) 制度名 (障害年金)	区市町村名 () 電話番号 () 制度名 ()	区市町村名 () 電話番号 () 制度名 ()
令和 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				
被保険者 氏名	〇〇 〇〇		TEL 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇	

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	〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
フリガナ	〇〇 〇〇		
口座名義	〇〇 〇〇		

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

個人振込を希望される場合は、被保険者(申請者)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。

受付日付印

〔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

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)