

※1ヶ月毎に申請書1枚ご記入ください。

※領収書の写（コピー）を添付願います。

9 0 0

制度の内容はこちらからご確認ください。

健康保険 本人 家族世帯合算 高額療養費及び 一部負担還元金 家族療養付加金 合算高額療養付加金 支給申請書 入院 通院 多数

①被保険者証の	記号	9 0 0 0	②被保険者の氏名と押印	木材太郎	③	
	番号	1				
④被保険者の住所	〒135-0042 江東区木場〇-〇-〇 電話 03 (3647) 〇〇〇〇					
⑤被保険者の勤務する(していた)事業所の	(ア)名称	株式会社 木材商店			③	
	(イ)所在地	〒135-0016 江東区東陽〇-〇-〇 電話 03 (3648) 〇〇〇〇				
⑥療養を受けた方の氏名	1.	木材太郎	2.		3.	
⑦療養を受けた方の生年月日	<u>昭和</u> 41年 4月 10日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	昭和 年 月 日	平成 年 月 日	
⑧被保険者との続柄	本人					
⑨傷病名	脳出血					
⑩療養を受けた病院等の	名称	△△病院			③	
	所在地	墨田区江東橋〇-〇-〇				
⑪療養を受けた期間	平成 17年 12月 1日から 20日間	同年 同月 20日まで	平成 年 月 日から 日間	同年 同月 日まで	平成 年 月 日から 日間	同年 同月 日まで
⑫療養の為に⑩欄に支払った額	158,200 円	()	円	()	円	()
⑬今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月	1.	年 月 診療分	2.	年 月 診療分	3.	年 月 診療分
⑭他の制度から自己負担金相当額の支給を受けられるか	受けられる(制度名) <u>受けられない</u>					

平成 年 月 日 提出

※受付日付印

振込先金融機関 (被保険者名義)	〇〇 <u>銀行</u> 〇〇 <u>本店</u>	〇〇 <u>信用金庫</u> 〇〇 <u>支店</u>	
	預金種別	口座番号	口座名義人
	<u>1. 普通</u> 4. 貯蓄	1234567	モクザイタロウ (カタカナで記入して下さい)

支払予定日

◎請求の際に今一度確認を！書きもれないか、印もれ無いか

東京都木材産業健康保険組合