

9 0 0

※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。

裏面の注意事項をお読みになったうえ記入して下さい。

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

①被保険者証の	記号	②被保険者の 氏名と押印				
	番号					
③被保険者の 住所	〒		電話 ()			
④被保険者の勤 務する(して いた)事業所 の	(ア)名称					
	(イ)所在地	〒	電話 ()			
⑤療養を受けた 方の氏名	1.	2.	3.			
⑥療養を受けた 方の生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和	年 月 日
⑦被保険者との 続柄						
⑧傷病名						
⑨療養を受 けた病院 等の	名称					
	所在地					
⑩療養を受けた 期間	年 月 日から 同年 同月 日まで	日間	年 月 日から 同年 同月 日まで	日間	年 月 日から 同年 同月 日まで	日間
⑪療養の為⑨欄 に支払った額	()	円	()	円	()	円
⑫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
⑬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)・受けられない				令和 年 月 日 提出	
振込先金融機関 (被保険者名義)	銀行 本店 信用金庫 支店		※受付日付印			
	預金種別	口座番号	口座名義人			
	1. 普通 4. 貯蓄		(カタカナで記入して下さい)			

◎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