

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。

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				②被保険者の氏名と押印	③ 印
	番号					
④被保険者の住所	〒					電話 ( )
⑤被保険者の勤務する(していた)事業所の	(ア)名称					
	(イ)所在地	〒				
⑥療養を受けた方の氏名	1.		2.		3.	
⑦療養を受けた方の生年月日	昭和 年 月 日 平成		昭和 年 月 日 平成		昭和 年 月 日 平成	
⑧被保険者との続柄						
⑨傷病名						
⑩療養を受けた病院等の	名称					
	所在地					
⑪療養を受けた期間	平成 年 月 日から 日 同年 同月 日まで		平成 年 月 日から 日 同年 同月 日まで		平成 年 月 日から 日 同年 同月 日まで	
⑫療養の為に⑩欄に支払った額	( ) 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 )・受けられない					

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)	銀行 本店 信用金庫 支店		
	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)

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