

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
④ 被保険者の住所	〒	135-0000	東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇	電話 03 (1234) 5678	
⑤ 被保険者の勤務する(していた)事業所の	(ア)名称	〇〇〇〇 株式会社			
	(イ)所在地	〒 135-0000	東京都〇〇区〇〇町〇-〇-〇	電話 03 (1234) 5678	
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	昭和 平成 令和	41 年 4 月 9 日	昭和 平成 令和	年 月 日	昭和 平成 令和
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			
	所在地	墨田区江東橋〇-〇-〇			
⑪ 療養を受けた期間		年 6 月 1 日から 同年 同月 20 日まで	20 日間	年 月 日から 同年 同月 日まで	日間
⑫ 療養の為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	2.	年	3. 年
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	令和 1 年 7 月 1 日
振込先金融機関 (被保険者名義)	銀行	〇〇	本店		
	信用金庫	〇〇	支店		
	預金種別	口座番号	口座名義人		
1.普通	1234567	モクザイタロウ			
2.貯蓄					

支払予定日

◎請求の際に今一度確認を！書きもれがないか、印もれがないか

東京都木材産業健康保険組合

受付日付印