

支給決定伺	常務理事	事務長	部長	課長	担当者	伺 (決定) 年 月 日			
	標準報酬		(千円)		支給対象月	年 月分	多数該当	有・無	
	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ			支給日数	日	支給回数	回	
	資格取得	S・H・R 年 月 日							
	資格喪失	令和 年 月 日			支給金額(円)				

健康保険高額療養費支給申請書 (本人・家族・合算)

被保険者 (申請者) が記入するところ	①被保険者証の記号・番号	記号	50	番号	100	②被保険者名	連合 太郎		
	③被保険者の現住所	(〒 530 - 0000) 大阪市北区〇〇町 〇-△-□				TEL (06) 1234 - 5678			
	④事業所の名称	丸紅〇×〇× 株式会社							
	⑤ 診療月	令和 2 年 9 月		※ 診療月単位の申請となります。					
	⑥療養を受けた者	氏名	1 連合 太郎	2 連合 花子	3				
		生年月日	⑤ H・R 55 年 3 月 31 日	⑤ H・R 58 年 8 月 1 日	S・H・R 年 月 日				
		続柄	本人	妻					
	⑦ 傷病名	〇〇〇症		△△△症					
	⑧療養を受けた医療機関	名称	□□病院		××病院				
		所在地	大阪市中心区本町		大阪市北区梅田				
	⑨ ⑧の医療機関で療養を受けた期間	2 年 9 月 5 日から 11 日 2 年 9 月 15 日まで 日間		2 年 9 月 15 日から 8 日 2 年 9 月 28 日まで 日間		年 月 日から 年 月 日まで 日間			
	⑩ ⑨の期間の療養に対して、医療機関に支払った額	153,000 円		28,300 円		円			
	⑪ 入院・通院の別	入院・通院		入院・通院		入院・通院			
⑫ 他の公的制度により自己負担相当額、またはその一部を受けられるかどうか	・受けられる (制度名) ・受けられない		費用徴収の有無 (有・無) ・受けられない		・受けられる (制度名) 費用徴収の有無 (有・無) ・受けられない (有・無)				
⑬ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を受けた場合、その直近の診療月、保険証の記号番号、組合名、限度額適用認定証の使用有無	診療月	年 月 診療分		年 月 診療分		年 月 診療分			
	健康保険証の記号・番号	-		-		-			
	健康保険組合名								
	限度額適用認定証使用の有無	有・無		有・無		有・無			

※ 申請する診療月にかかる領収書(写)を添付してください。

受付日付

委任状	
上記保険給付金の受領を事業所担当者に委任する。	健保 〇子
令和 2 年 10 月 5 日	
被保険者	連合 太郎