

は記入しないでください。

高額療養費支給申請書 (年 月診療分)

※月がまたがる場合、請求書は2枚必要です。

① 被保険者証の	記号	番号	②事業所名		
③ 療養を受けた者の氏名(続柄)	1	()	2	()	
	備考 第 回目				
④ 療養を受けた者の生年月日	S・H R	年 月 日	S・H R	年 月 日	
⑤ 傷病名					
⑥ 療養を受けた病(医)院・歯科医院・調剤薬局の名称と所在地	名称				
	所在地				
⑦ ⑥の病院等で療養を受けた期間	年 月 日より 日間 同月 日まで	年 月 日より 日間 同月 日まで			
⑧ ⑦の期間に受けた療養に対し保険診療で支払った金額	円		円		
支払基金からの請求	点数	点	点		
	金額	円	円		
⑨他の制度により自己負担額の一部又は全額をについて助成を受けられるかどうか	制度名 (一部助成あり・全額助成あり)	制度名 (一部助成あり・全額助成あり)			
⑩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	診療月	1 R. 年 月 診療分	2 R. 年 月 診療分	3 R. 年 月 診療分	
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>大阪織物商健康保険組合 理事長殿</p> <p>住所 被保険者氏名 電話 () - 携帯電話等日中連絡先 () -</p>					
振込先口座	銀行 金庫 組合	店 支店 出張所	店番	口座預金種別 普通・当座・貯蓄	預金口座名義人の氏名 (カタカナで記入してください)
				口座番号	

※被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は下記委任状に記入してください。自署の場合は押印不要です。

委任状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者(請求者)氏名 ㊞		受付印
	代理人住所 電話番号	代理人氏名	
	〒 - TEL ()		

注 ① 領収書の写しを添付してください。

注 ② 医療機関別に、記入してください。

注 ③ 傷病が外傷(打撲・骨折等)である時は「負傷届」を又、負傷の原因が第三者行為(交通事故・集団食中毒等)によるものである時は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。(用紙は組合事務所にあります。)

注 ④ 支払いは医療機関からの請求書と照合のため診療月から3ヶ月目以降となります。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)
マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は右の口をチェックしてください。

備考欄

公金受取口座を利用します。