

種別	支給期間	日数	.	

高額療養費支給申請書 (17年10月診療分)

被保険者証の		記号 1 2 3	番号 4 5 6	事業所名	株式会社
療養を受けた者の氏名(続柄)		1 大織 健太郎(本人)		2 ()	備考
療養を受けた者の生年月日		昭平 年 8 月 30 日			第 回目
傷病名		大腸腫瘍			
療養を受けた病院・診療等の名称及び所在地	名称	病院			
	所在地	大阪市北区 町5-6			
の病院等で療養を受けた期間		平成17年10月1日より23日 同23日まで		平成 年 月 日より 日 同月 日まで	
の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		163,540 円		円	
* 支払基金からの請求	点数	点			
	金額	円			
他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか		<input checked="" type="checkbox"/> (イ)受けられない <input type="checkbox"/> (イ)受けられる (制度名) (費用徴収の有・無)		<input type="checkbox"/> (イ)受けられる (制度名) <input type="checkbox"/> (イ)受けられる (制度名) (費用徴収の有・無) <input type="checkbox"/> (イ)受けられない	
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・被保険者の記号番号		診療月	1 平成 年 月診療分	2 平成 年 月診療分	3 平成 年 月診療分
		被保険者証の記号番号	-	-	-
上記の通り申請します。					
平成 17 年 11 月 1 日					
被保険者		住所 大阪市中央区 町2-6-9		<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 40px; height: 40px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> 大織印 </div>	
大阪織物商健康保険組合 理事長殿		氏名 大織 健太郎			
		電話 (0 6)			
人が記入するところ 被保険者又は受取代理人	金融機関名		店番号	口座預金種別	預金口座名義人の氏名
	銀行	店	支店	普通・貯蓄	カタカナで記入してください
	金庫			預金口座番号	ダイオリ ケンタロウ
	組合		出張所		

被保険者名義のもの(受領委任をする場合は代理人名義のもの)を記入してください。

受取代理人の欄	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。	代理人の氏名・印	被保険者(請求者)との関係
	平成 年 月 日	(フリガナ)	
	被保険者(請求者)氏名	代理人の住所・電話番号	印
		郵便番号	
		(フリガナ)	
	印	電話()	

(受付印)

*この欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入してください。

- 入院時食事療養費及び室料差額等は高額療養費の対象となりません。
- 市区町村民税が非課税等の場合は、非課税証明書等を添付してください。
- 医療機関等で支払った領収書の写しを添付してください。
- 支払いはずべて振込みで行います。
- 発病の原因が外傷であるときは負傷届を、また負傷の原因が第三者行為によるものであるときは第三者行為による負傷届を添付してください。