

|   |         |   |
|---|---------|---|
| 計算式   | 支給決定額   | ・ |
| (                    +                    )円×0.4-(6,000円× 人)= | ¥ ..... |   |

は記入しないでください。

## 合算高額療養費付加金請求書

(      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                          | 事業所の名称                 |             |
| ② 療養を受けた者の氏名(続柄)               | (                    )      | (                    )      | (                    ) | (第      回目) |
| ③ 病(医)院で療養を受けた年月               | 年      月分                   | 年      月分                   |                        |             |
| ④ 保険診療で支払った金額                  | 円                           | 円                           |                        |             |
| ⑤ 療養を受けた病(医)院・<br>歯科医院・調剤薬局の名称 |                             |                             |                        |             |
| ⑥ 支払基金からの請求点数                  | 点                           | 点                           |                        |             |
| 合算高額療養費対象額                     | 円<br>(                    ) | 円<br>(                    ) |                        |             |

上記のとおり請求します。

〒

令和      年      月      日

住所  
被保険者氏名

生年月日      昭・平      年      月      日

大阪織物商健康保険組合 理事長殿

電話 (                    ) -

携帯電話等日中連絡先 (                    ) -

|       |    |                |     |          |  |  |  |                               |
|-------|----|----------------|-----|----------|--|--|--|-------------------------------|
| 振込先口座 | 銀行 | 店<br>支店<br>出張所 | 店番号 | 口座預金種別   |  |  |  | 預金口座名義人の氏名<br>(カタカナで記入してください) |
|       | 金庫 |                |     | 普通・当座・貯蓄 |  |  |  |                               |
|       | 組合 |                |     | 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。<br>令和      年      月      日 |       |               | 受付印 |
|     | 被保険者(請求者)氏名      ㊞  |       |               |     |
|     | 代理人住所 電話番号  | 代理人氏名 | 被保険者(請求者)との関係 |     |

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。)

|     |
|-----|
| 備考欄 |
|     |

大阪織物商健康保険組合 業務課 〒541-0048 大阪市中央区瓦町2-6-9 TEL 06-6203-4081