

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。

裏面の注意事項をお読みになったうえで記入してください。

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
院数
多

① 被保険者証の	記号 1234	② 被保険者の氏名 木村 太郎	印
	番号 5678		
③ 被保険者の住所	〒 135 - 0000 東京都江東区〇〇 ×-× 〇〇マンション△△号室 電話 03 (9999) 9999		
④ 被保険者の勤務する(していた)事業所の	(ア)名称 〇〇木材 株式会社		
	(イ)所在地 〒 136 - 0000 東京都江東区〇〇 ×-×	電話 03 (1234) 5678	
⑤ 療養を受けた方の氏名	1. 木村 太郎	2.	3.
⑥ 療養を受けた方の生年月日	昭和 〇年 〇月 〇日 平成 〇年 〇月 〇日 令和	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和	昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和
⑦ 被保険者との続柄	本人		
⑧ 傷病名	脳梗塞		
⑨ 療養を受けた病院等の	名称 〇〇病院		
	所在地 東京都墨田区〇〇 ×-×		
⑩ 療養を受けた期間	令和 〇年 〇月 〇日から 〇日 同年 同月 〇日まで	令和 年 月 日から 日間 同年 同月 日まで	令和 年 月 日から 日間 同年 同月 日まで
⑪ 療養の為⑨欄に支払った額	×,××× 円 ()	円 ()	円 ()
⑫ 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 月診療分	2. 年 月診療分	3. 年 月診療分
⑬ 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
振込先金融機関 (被保険者名義)	銀行 本店 〇〇 信用金庫 △△ 支店		令和 〇年 〇月 〇日 提出
	預金種別	口座番号	口座名義人
	①普通	1234567	(カタカナで記入して下さい)
	4.貯蓄		モクザイ タロウ

◎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

支払予定日