9	0	0

※1ケ月毎に申請書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 通院 多数]

① 被保険者等の	記号 1234 / 番号 5678		② 被保険者の氏名	木材 太郎 ㊞
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 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. 木材 太郎	2.	3.	
⑥ 療養を受けた方の生年月日	昭和 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日	昭和 平成 令和 年 月 日	昭和 平成 令和 年 月 日	
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 同年 同月 〇 日まで 〇 日間	令和 年 月 日から 同年 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同年 同月 日まで 日間	
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			

令和 〇 年 〇 月 〇 日 提出

受付日付印

振込先金融機関(被保険者名義)			
	〇〇 銀行 信用金庫	△△ 本店 支店	
	預金種別	口座番号	口座名義人 (カタカナで記入して下さい)
	1.普通 4.貯蓄	1234567	モクザイ タロウ

支払予定日

◎請求の際に今一度確認を!〃書きもれがないか、印もれないか〃

東京都木材産業健康保険組合