

高額療養費及び一部負担還元金支給申請書（入院 外来）

被保険者(社員本人について)

被保険者証	記号		被保険者氏名	請求者：
	番号		(請求者氏名)	
請求者住所	〒			電話番号
被保険者の勤務する(していた)事業所	名称			
	所在地			

療養を受けた方の氏名		1	2	3
療養をうけた方の生年月日		昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
被保険者との続柄				
傷病名				
療養を受けた病院等	名称	記入		
	所在地			
療養を受けた期間		年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日	年 月 日 年 月 日
療養の為、病院に支払った額		円	円	円

被保険者(社員本人)の口座

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		年 月診療	年 月診療	年 月診療
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	銀行 信用金庫 本店 支店			
	預金種別	口座番号	口座名義人	
	普通 当座		(カタカナで記入してください)	

令和 年 月 日 提出

1ヶ月月ごとに申請書1枚記入してください。
領収書の写しを添付してください。