

被保険者
 保険被扶養者
 世帯合算

高額療養費 支給申請書

1 2

被保険者(申請者)記入用

記入例

被保険者(申請者)情報

記号 (左づめ)	1 2 3	番号 4 5 6 7	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 5 8 ○ ×
氏名 (フリガナ) トクシュウカイ ハナコ	徳洲会 花子		会病院
住所 (〒 ○○○ - ○×○×)	大阪 都 道 府 県 □□□□町1-2-3		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 (1234) 5678		

被保険者が死亡後に請求される場合は、氏名・住所・振込口座の欄は、申請者の情報をそれぞれ記入してください。
 ※記号番号・生年月日・事業所名は被保険者の情報を記入し、被保険者名は2ページ目の「被保険者氏名」に必ず記入してください。

振込先指定口座

金融機関名称	○○○	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 <input type="radio"/> その他 ()	<input type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
預金種別	<input checked="" type="radio"/> ① 普通 ② 当座 ③ 別段 ④ 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 左づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。) トクシュウカイ ハナコ		口座名義の区分 <input checked="" type="radio"/> ① 申請者 <input type="radio"/> ② 代理人

口座名義の区分が「2」の場合は必ず下記を記入してください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) ※代理人が署名してください 氏名
		委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

- ◎高額療養費の支給は、医療機関からの診療報酬明細書(レセプト)に基づいて支給決定しておりますので、療養を受けた月から3ヵ月程度要します。
- ◎この申請書は、1ヵ月単位(1日~末日)でご提出ください(書ききれない場合は、2ページ目のみを追加で添付してください)。
- ◎入院時食事療養費や差額ベッド代等の自己負担額は高額療養費の支給対象になりません。
- ◎被保険者死亡後の請求となる場合は、請求者との身分関係が確認できる「戸籍謄本」等の添付が必要です。

受付日付印

備考欄

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

