

健康保険 《高齢受給者》 高額療養費等支給申請書

*この申請書は、組合が交付した高齢受給者証で医療機関等にかかった方が高額療養費等を申請する用紙です。

①診療を受けた 年 月	平成 年 月診療分	④事業所名			
②記号・番号	—	⑤被保険者 住 所	〒		
③診療月の 標準報酬月額	千円	⑥被保険者 氏 名			⑦ 印
⑧診療を 受けた者の	氏 名	生 年 月 日	被保険者との続柄		
		昭和 年 月 日			
⑨診療を受けた医療機関等の名称		⑩傷病名	⑪診療区分	⑫診療を受けた期間	⑬支払った金額
			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日 から 年 月 日 まで	円
			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日 から 年 月 日 まで	円
			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日 から 年 月 日 まで	円
			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日 から 年 月 日 まで	円
			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日 から 年 月 日 まで	円
			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日 から 年 月 日 まで	円
			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日 から 年 月 日 まで	円

⑭委任状	私は下記の者を代理人と定め上記の給付金の受領方を委任します。 平成 年 月 日	
	本 人 住 所 (被保険者) 氏 名	印
	代 理 人 住 所 (事業主) 事業所名 氏 名	印

⑮ 振込希望の金融機関 (退職後の受給者のみ記入)		
銀 行 名	支 店 名	支 店 番 号
口 座 番 号	普通・当座(No.)	
フリガナ		
口 座 名 義		

ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、通帳の記号・番号・氏名のわかるページの写しを添付してください。

受付日付印