

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30年8月診療分	④事業所名	△△ガラス株式会社		
②記号・番号	123 — 4567	⑤被保険者住所	〒123-4567 東京都〇〇区××5-8-9		
③診療月の標準報酬月額	200 千円	⑥被保険者氏名	健保 一郎		⑦
⑧診療を受けた者の氏名	健保 一郎		生年月日	昭和 15 年 1 月 11 日	
				被保険者との続柄 本人	
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	
〇〇総合病院	緑内障	1.入院 ②外来 3.調剤 4.その他	30年 8月 2日 から 30年 8月 16日 まで	17,900 円	
△△クリニック	高血圧症	1.入院 ②外来 3.調剤 4.その他	30年 8月 20日 から 30年 8月 20日 まで	3,300 円	
××薬局	高血圧症	1.入院 2.外来 ③調剤 4.その他	30年 8月 20日 から 30年 8月 20日 まで	2,570 円	
〇×医院	急性外耳炎	1.入院 ②外来 3.調剤 4.その他	30年 8月 22日 から 30年 8月 22日 まで	1,100 円	
△×歯科医院	う蝕	1.入院 2.外来 ③調剤 ④その他	30年 8月 31日 から 30年 8月 31日 まで	840 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 25 年 9 月 △ 日				
	本人住所 (被保険者) 氏名	東京都〇〇区×× 5-8-9 健保 一郎			
	代理人住所 (事業主) 事業所名 氏名	東京都〇〇区××1-2- △△ガラス株式会社 〇山△男			

組合へ届出している振込口座名義人の印を押印してください。

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		

受付日付印

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。