

この欄は何も記入しないでください

本件支給決定してよろしいか	常務理事	事務長		担当者	支給決定額							
							万	千	百	十	円	
	支給対象月				摘要	アイウ	エオ	負担額				
	年 月 診療分											
	資格期間	年 月 日 取得 年 月 日 喪失			種別	一般多数	支給額					
標準報酬月額	千円			70歳未満				高齢受給(個人・世帯) V IV III II I				
				備考	外来 調剤 特定疾病							

健康保険 高額療養費支給申請書

受付印

① 被保険者の記号番号	記号 〇〇	番号 ××××	②被保険者の氏名	西日本 太郎 相続人氏名 ()		
③被保険者の住所	〒560-×××× 豊中市〇〇町×-×-×			TEL06-××××-××××		
④事業所の名称	〇×化成(株)					
⑤療養を受けた者の氏名、生年月日	1 西日本 太郎 (昭和50年10月10日)		2 (年 月 日)		3 (年 月 日)	
⑥被保険者との続柄	本人					
⑦ 傷病名	胆石症					
⑧療養を受けた医療機関等の名称	〇〇病院					
	所在地	豊中市〇〇町×-××				
⑨上記の医療機関で療養を受けた期間	令和3年10月 1日から 同月 30日まで 30日間		年 月 日から 同月 日まで 日間		年 月 日から 同月 日まで 日間	
⑩上記で受けた療養について医療機関等で支払った額	188,940 円		円		円	
⑪自己負担額的全額又は一部について、他の制度から支給をうけられますか	はい・ <u>いいえ</u> 制度名() 費用徴収 有り・無し		はい・いいえ 制度名() 費用徴収 有り・無し		はい・いいえ 制度名() 費用徴収 有り・無し	
⑫入院・通院の別	<u>入院</u> ・その他		入院・その他		入院・その他	
⑬今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合は直近3か月の受給記録	診療月	年 月 診療分		年 月 診療分		年 月 診療分
	保険証の記号番号					
⑭振込先	銀行・農協	本店	支店	預金種目		口座番号
	△△ 信用金庫 〇〇 信用組合	出張所	支所	普通 当座	1 1 1 1 1 1	口座名義(フリガナ) (フリガナ) ニシニホン タロウ 西日本 太郎
⑮委任状	私は本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 ㊟					支給日
	記入漏れが多い箇所となっております。					
⑯市区町村長の証明欄	上記②の被保険者には、平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 _____ ㊟					

※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

西日本プラスチック工業健康保険組合

この欄は何も記入しないでください

本件支給決定してよろしいか	常務理事	事務長		担当者	支給決定額						
							万	千	百	十	円
	支給対象月				摘要	アイウ	エオ	負担額			
	平成	年	月	診療分							
	資格期間	年	月	日取得	種別	一般	支給額				
	年	月	日喪失								
標準報酬月額	千円		種別	備考	70歳未満	高齢受給(個人・世帯)	V	IV	III	II	I
											外来 調剤 特定疾病

健康保険 高額療養費支給申請書

受付印

② 被保険者の 記号番号	記号 〇〇	番号 ××××	②被保険者の 氏名	西日本 太郎	相続人氏名 ()
③被保険者の住所	〒560-×××× 豊中市〇〇町×-×-× Tel06-××××-××××				
④事業所の名称	〇×化成(株)				
⑤療養を受けた者の 氏名、生年月日	1 西日本 花子 (昭和49年 5月 1日)		2 西日本 二郎 (平成11年 3月 7日)		3 (年 月 日)
⑥被保険者との続柄	妻		長男		
⑦ 傷病名	糖尿病		肺炎		
⑧療養を受けた 医療機関等の	名称	〇〇病院		××第一外科	
	所在地	吹田市〇〇町×-×		吹田市××町△-△	
⑨上記の医療機関で 療養を受けた期間	令和3年4月 1日から 同月 30日まで 30日間		令和3年4月 11日から 同月 30日まで 20日間		年 月 日から 同月 日まで 日間
⑩上記で受けた療養について 医療機関等で支払った額	77,900 円		29,600 円		円
⑪自己負担額的全額又は一部について、他の制度から支給をうけられますか	はい・いいえ 制度名() 費用徴収 有り・無し		はい・いいえ 制度名() 費用徴収 有り・無し		はい・いいえ 制度名() 費用徴収 有り・無し
⑫入院・通院の別	入院・その他		入院・その他		入院・その他
⑬今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合は直近3か月の受給記録	診療月	年 月診療分		年 月診療分	
	保険証の記号番号				
⑭振込先	銀行・農協	本店	支店	預金種目	
	△△ 信用金庫 〇〇 出張所 信用組合			普通	当座
				口座番号	
				1	1
				1	1
				1	1
				1	1
				口座名義(フリガナ) (フリガナ) ニシニホン タロウ	
				西日本 太郎	
⑮委任状	私は本請求に基づく給付金の受領を				支給日
	住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____				
⑯市区町村長の証明欄	上記②の被保険者には、平成 年度市区町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 _____				

記入漏れが多い箇所となっております。