

被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費 支給申請書

① 被保険者	記号	番号	② 被保険者 氏名 (請求者)	健保 太郎
	66	100		
④ 被保険者の住所	〒140-1000 TEL 03 (3333) 1111 東京都品川区品川 1 - 2 - 3			
⑤ 被保険者が勤務している事業所の名称	銀座電線株式会社			
⑥ 単独・合算の別	0 : 単独 ① : 合算	単独又は合算のいずれかに○をつけてください。		
⑦ 受診者名	健保 太郎	健保 花子	健保 花子	
	昭・平・令 年 月 日生 (本人・家族(続柄))	昭・平・令 年 月 日生 本人・(家族(続柄 妻))	昭・平・令 年 月 日生 本人・(家族(続柄 妻))	
⑧ 傷病名	胃潰瘍	糖尿病	糖尿病	
⑨ 受診期間	令和 3 年 11 月 1 日 より 同 11 月 7 日 まで 7日間	令和 3 年 11 月 21 日 より 同 11 月 30 日 まで 2日間	令和 3 年 11 月 21 日 より 同 11 月 30 日 まで 2日間	
	(入院)・通院・調剤	入院・(通院)・調剤	入院・通院・(調剤)	
⑩ 医療機関	名称	〇〇総合病院	〇〇〇病院	〇〇調剤薬局
	所在地	渋谷区〇〇町〇-〇-〇	品川区〇〇町〇-〇-〇	渋谷区〇〇町△-△-△
⑪ 自己負担額	125,250 円	22,350 円	25,890 円	
* 保険診療費				

◎裏面の記入上の注意事項を読んでから記入してください。

東日本電線工業健康保険組合

◎ 送金は事業所あてに送金いたしますので、必ず委任欄を記入してください。

受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。		
	代理人 氏名	築地 一夫	被保険者 氏名

◎ 任意継続被保険者又は退職者については本人あてに送金しますので、下欄に記入してください。

銀行名	銀行 信用金庫	支店名	
口座番号	普通 当座	口座名義	フリガナ

受付印