

被保険者
家 族

医療費・調剤費合算 高額療養費支給申請書

(特定疾病療養受療者用)

被保険者記入用

該当する方に○印をつける

記載欄
事業主(所)

適用事業所記号
健康担当者
電話番号

事業所の健康担当
者が記入願います

健康責任者 健康担当者
事業所の健康業務責
任者、担当者が記名
する(押印可)

所属上長 庶務係
職場に提出の場合、
受取の確認のために
記名する(押印可)

記入日: 令和 X年 XX月 XX日

被保険者情報

会社名 東芝〇〇〇(株)

所属 〇〇部 〇〇課

(フリガナ)トウシバ タロウ

氏名 東芝 太郎

住所 〒999-9999 神奈川県川崎市〇〇区〇〇町XXX番地

電話番号 (日中の連絡先) 電話 044 (XXX) XXXX

給付金受取方法 この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 退職のため、個人口座へ振込を希望します。⇒以下に口座を記入

在職中の方は事業所経由で支払いのため、こちらにチェックする

対象者記載欄

療養を受けている方の氏名 東芝 花子

傷病名 慢性腎不全

外来診療を受けた年月 (入院は対象外) 令和 X X 年 0 2 月分 (1ヵ月(暦月)毎)

人工透析を受けていますか いいえ はい → 特定疾病療養受療証の自己負担限度額 1万円 2万円

外来診療を受けた病院または診療所(処方箋の発行元) 名称: 〇〇〇〇〇〇〇〇病院

住所: 神奈川県川崎市〇〇区△△△町 XXX番地

自己負担額 10,000円 ※領収書は写しの添付で可

当該処方箋に基づく薬の購入先①(調剤薬局) 名称: 〇〇〇〇〇〇調剤薬局

住所: 神奈川県川崎市〇〇区〇〇町 XXXXX番地

自己負担額 5,000円 ※領収書(原本)を添付のこと

当該処方箋に基づく薬の購入先①(調剤薬局) 名称: 住所:

自己負担額 円 ※領収書(原本)を添付のこと

退職(予定)者振込先指定口座

金融機関名称 ※ゆうちょ銀行不可 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 本所 支所 その他()

預金種別 1.普通 2.当座 口座番号 右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。) 口座名義の区分 1.被保険者 2.遺族

健保記載欄

事業所 支払先コード 資格喪失者(退職者)は、健保から直接銀行振込可となるため、振込先を記入する

常務理事 事務長 グループ長 主務者 担当者

高額療養費 支給決定額 円 本人 家族

備考欄

支給年月日 令和 年 月 日

SEQ: