

被保険者
健康保険被扶養者
世帯合算

高額療養費 支給申請書

1 2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][][]	番号 [][][][][][]	生年月日 年 月 日	
	氏名・印	(フリガナ) -----			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 [][][][][][]
	住所	(〒 [][][] - [][][])	都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][][] - [][][])			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ([][][])	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 [][][][][][][][][][]
	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。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	
			左づめでご記入ください。 口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 [] 年 [] 月 [] 日
		氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	(〒 [][][] - [][][])	TEL ([][][] - [][][])	委任者と 代理人との 関係
	住所 (フリガナ) -----	氏名・印		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

(R2.12)
受付日付印

ご記入頂いた個人情報は、当組合が健康保険法及び関係通達等に則り正しく又公平に事業運営を行うために収集するものです。これ以外の目的で個人情報を利用又は第三者提供を行うことはありません。また記入内容についてお尋ねしたり、必要に応じて別途証書類を提出していただくことがあります。この個人情報のお取り扱いについてのお問い合わせや開示請求等は、ポッシュ健康保険組合 総務課(電話 0493-22-0890)までご連絡ください。
※個人情報の取り扱いについてはホームページ「個人情報保護方針」もご覧ください。

被保険者
健康保険被扶養者
世帯合算

高額療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 診療月	令和 年 月			〔左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院 別等)にご記入ください。〕		
	2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
	氏名						
	家族の場合はその方の	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	生年月日	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	年 月 日						
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称 所在地					
療養の内容などについて	4 傷病名	ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。					
	療養を受けた期間	年 月 日 から <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		年 月 日 から <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		年 月 日 から <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円		円		円	
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円		円		円	
	6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	はいの場合	助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	