

- 高額療養費請求書(支給No. )
- 家族高額療養費請求書(支給No. )
- 合算高額療養費請求書(支給No. )
- 多数高額療養費請求書(支給No. )

被保険者または被保険者であった者の記載事項	①被保険者証の記号・番号	(記号) _____ (番号) _____	②所属事業所の名称	
	③療養を受けた者の氏名		④生年月日	昭・平・令 年 月 日生
	⑤続柄	本人・妻・子・父・母・祖父母・その他( )	⑥療養に要した費用	円
	⑦傷病名		⑧発病または負傷の年月日	令和 年 月 日
	⑨傷病の原因			
	⑩療養の期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	⑪左記期間のうち診療日数	日

支給(支出)決定伺	<input type="checkbox"/> 高額療養費	令和 年 月 日から	支払額	内 訳 (自己負担額)	※備考 <input type="checkbox"/> 直接払 <input type="checkbox"/> 間接払(給与振込)
	<input type="checkbox"/> 家族高額療養費	令和 年 月 日まで			
	<input type="checkbox"/> 合算高額療養費		円	円	
	<input type="checkbox"/> 多数高額療養費	日間			
	支給決定のうえ支払いしてほしいか		令和 年 月 日		
・一般被保険者	資格取得年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	常務理事		
・"	資格喪失年月日	令和 年 月 日			
・任意継続被保険者	資格取得年月日	令和 年 月 日			
・"	資格喪失年月日	令和 年 月 日			

※記載内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消のうえ、記入者の氏名(サイン)をご記入ください(押印可)