令和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	本人高額療養費

健康保険組合処理印および支給決定印

取扱者	審査	事務長	常務理事
-----	----	-----	------

本人高額療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号			請年 月 日	令和 年 月 日
被保険者 氏名	フリガナ	印	会社名 所属	(連絡先)
傷病名				
発病または 負傷	令和 年 月 日	病院等に 支払った額	円	
診療の期間	自 令和 年 月 日	至 令和 年 月 日	日間	
診療機関	名称 所在地			
支払金融機関 (被保険者 名義の口座)	フリガナ	コード	フリガナ	コード
	銀行		支店	預金種別 普通 当座
				口座番号

支給査定額	申請額						
	自己負担額						
	本人高額療養費支給決定額						

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみ記入して下さい。
 2. 診療費・薬剤費等の領収書を添付して下さい。
 3. 保険給付金は、ご指定の口座への振込と同時に領収されたものといたします。

受付印

出納印