■黄色の欄・個所を**全て**ご記入ください。
 (無記入欄がある場合、一旦ご返却することもあります)
 ■健康保険組合へ**直接**ご提出ください
 (労務担当箇所を経由する必要はありません)

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
-----	----	-----	------

<記入時の注意事項>

- ① 「被保険者氏名」欄は、従業員ご本人様の氏名をお願いします。
- ② 「会社名・所属」については、現在お勤めの会社・部所名をご記入ください。

本人高額療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	4000・1234567		請年	求日	令和	年	月	日			
被保険者 氏名 ①	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	印	会社 所 ②	所属	四国電力(株) 人事労務部 従業員サービスセンター (連絡先) 050-1234-5678						
傷病名	左大腿骨複雑骨折										
発病または 負傷	令和	年	月	日	病院等に 支払った額	270,000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 ○○○○○○○○病院 所在地 ○○市 ○○○町○○○○ ○○○-○○										
支払金融機関	被保険者の給与に含めて支払います。										

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。

受付印

出納印