

令 和	年度
款	保険給付費
項	法定給付費
目	家族高額療養費

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

家族高額療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号			請年 月 日 求日	令和 年 月 日
被 保 険 者 氏 名	フリガナ	印	会 社 名 所 属	(連絡先)
受 診 者 氏 名	フリガナ	被保険者に対する続柄	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	口座番号
			普 通 当 座	

支給査定額	申 請 額						
	自 己 負 担 額						
	家 族 高 額 療 養 費 支 給 決 定 額						

- (注) 1. 申請書は太枠の中のみに記入して下さい。
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いたします。

受 付 印

出 納 印