

■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	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
-----	----	-----	------

＜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。

家族高額療養費支給申請書

被保険者証 記号・番号	4 0 0 0 ・ 1 2 3 4 5 6 7		請年 月 日	令和 年 月 日
被保険者氏名	フリガナ ケンボ タロウ 健保 太郎	印 印	会社名 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
受診者氏名	フリガナ ケンボ ハナコ 健保 花子	被保険者に対する続柄 長女	傷病名	右上腕骨骨折・右肩部脱臼
発病または傷	令和 年 月 日	病院等に支払った額	180,000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 (被保険者名義の口座)	フリガナ ○○ ○○ 銀行	コード 9 9 9 9	フリガナ ○○ ○○ 支店	コード 9 9 9 預金種別 普通当座 口座番号 9 9 9 9 9 9 9

＜記入時の注意事項＞

- ③ 「支払金融機関」欄の「銀行コード」および「支店コード」については、もし確認が困難であれば、無記入でも結構です。

〔「銀行コード」および「支店コード」以外は必ずご記入ください。〕

支給査定額	申請
	自己負担
	家族高額療養費

- (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といたします。

受付印

出納印