

■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【ERP対象事業所用】

|                |                                           |                  |              |                                                     |
|----------------|-------------------------------------------|------------------|--------------|-----------------------------------------------------|
| 被保険者証<br>記号・番号 | 4000・1234567                              |                  | 請年 月 日       | 令和 年 月 日                                            |
| 被保険者<br>氏 名    | フリガナ ケンボ タロウ<br>健保 太郎                     | 印<br>            | 会 社 名<br>所 属 | 四国電力(株) 人事労務部<br>従業員サービスセンター<br>(連絡先) 050-1234-5678 |
| 受 診 者<br>氏 名   | フリガナ ケンボ ハナ子<br>健保 花子                     | 被保険者に対する続柄<br>長女 | 傷 病 名        | 右上腕骨骨折・右肩部脱臼                                        |
| 発病または<br>負 傷   | 令和 年 月 日                                  | 病 院 等 に<br>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<br>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               |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 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。

受 付 印

出 納 印