

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支払年月日	年 月 日
支給額	円
内訳	本人高額 円
	合算高額 円
	家族高額 円

決 裁	常務理事	事務長	課 長	担当者
標準報酬	千円			
資格取得	年 月 日			
資格喪失	年 月 日			

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書 (第 回) (入院・通院)

年 月 診療分

被保険者証の記号番号	—			事業所の名称	
または個人番号 (マイナンバー)				被保険者の生年月日	年 月 日
被保険者の氏名					
療養を受けた者の氏名	1.	2.	3.		
療養を受けた者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日		
被保険者との続柄					
傷病名					
療養を受けた医療機関名					
上記医療機関で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで の間に 日間	年 月 日から 年 月 日まで の間に 日間	年 月 日から 年 月 日まで の間に 日間		
医療機関住所					
医療機関に支払った額					
他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給をうけられるかどうか					
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療年月健康保険組合名保険証の記号-番号	診療年月： 年 月 健康保険組合名 保険証記号-番号	診療年月： 年 月 健康保険組合名 保険証記号-番号	診療年月： 年 月 健康保険組合名 保険証記号-番号		
振込希望の銀行 (被保険者口座)	銀行 支店 普通 当座 (口座名義人：)				
上記のとおり申請します。 年 月 日 被保険者の住所 〒 — 氏名 ナイスグループ健康保険組合理事長 殿					

《委任状》 委任をする場合のみご記入ください

私は			を代理人と定め、次の権限を委任する。		
年	月	日に請求した高額療養費のうち、金	円	の受領に関すること。	年 月 日
		被保険者の住所 (請求者) 氏名			
		代理人の住所 氏名			
振込希望の銀行 (代理人口座)		銀行		支店	
		普通 当座		(口座名義人:)