

受付年月日	年	月	日
同年月日	年	月	日
記入見本	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

高額療養費に該当される場合は、この申請書を提出することで給付が受けられます。対象者へは受診の約2~3ヶ月後を目安に健保組合よりご案内させていただきます。

本人  
家族  
合算

高額療養費支給申請書 (第 1 回) (入院・通院)

令和 3 年 5 月診療分

被保険者証の記号番号	8001 - 9876	事業所の名称	木住株式会社
または個人番号 (マイナンバー)		被保険者の生年月日	S56年 7月 8日
被保険者の氏名	素適 太郎		
療養を受けた者の氏名	1. 素適 太郎	2.	被保険者証の記号番号を記入した場合、個人番号の記入は不要です。 ※個人番号を記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。
療養を受けた者の生年月日	S56年 7月 8日		
被保険者との続柄	本人		
傷病名	肝機能障害		
療養を受けた医療機関名	ナイス総合病院		
上記医療機関で療養を受けた期間	R3年 5月 12日から R3年 5月 27日までの間に 16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	横浜市鶴見区鶴見中央 714		
医療機関に支払った額	130,800		
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	受けられない		
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)	ナイス 銀行 鶴見中央 支店 普通 当座 5216161	被保険者口座を記入してください (口座名義人： ステキ タロウ )	
上記のとおり申請します。	令和 3 年 7 月 20 日	被保険者の住所 〒230-0051 横浜市鶴見区鶴見中央 710 氏名 素適 太郎	
ナイスグループ健康保険組合理事長 殿			