

受付年月日	令和	年	月	日
伺年月日	令和	年	月	日
決裁年月日	令和	年	月	日

理事長	常務理事	事務長	係員	係員

支給内訳	高額療養費	円
標準報酬月額	千円(第 級)	

資格取得	年	月	日
資格喪失	年	月	日
支払年月日	年	月	日

本人・家族・合算 高額療養費支給申請書

(年 月診療分)

被保険者証の記号・番号	-		事業所名称	公益財団法人天理よろづ相談所	
氏名			生年月日	昭和・平成 年 月 日	
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	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
病院名所在地	名称	Tel ()	Tel ()	Tel ()	
	所在地	〒	〒	〒	
療養を受けた期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間
療養に対し病院で支払った額	円		円		円
他の制度から一部支給を受けられるかどうか	受けられる・受けられない		受けられる・受けられない		受けられる・受けられない
診療点数	点		点		点
入院・通院の別	入院・通院		入院・通院		入院・通院
診療月1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合の記号・番号	診療月	令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分	
	記号・番号				
	健康保険組合支部名				
払込希望銀行	銀行		支店 普通預金()		

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

〒 -

住所

被保険者の

Tel - -

氏名

印

天理よろづ相談所健康保険組合 理事長 殿