支給決議書	常務理事	事務局	伺並びに決裁		
			伺	令和　年　月　日	
			決裁	令和　年　月　日	
	支給期間	令和　年　月分			

代筆・代理申請不可　**□の箇所は、該当部分に☑を付けてください**

＊この線より上は請求者において記入しないこと

健康保険の記号・番号を記入

高額療養費支給申請

在籍事業所・社員番号を記入 任継者は記入不要

記号・番号	1234 － 1234567	事業所の名称	帝人（株）	社員番号	12345
療養を受けた者の氏名	帝人　太郎 **申請する該当者を記入**	傷病名	逆流性食道炎 **医療機関にかかった傷病名**		
療養を受けた医療機関	名　称	松山未来病院	**診療を受けた医療機関の名称・所在地を記入**		
	所在地	愛媛県松山市松山町１－３			
療養を受けた受けた期間	令和　5　年　4　月　12　日から		1 日間		
	令和　5　年　4　月　12　日まで				
上記の期間の療養に対し医療機関に支払った額	**申請する部分で医療機関に支払った額** 12,345		**申請する診療を受けた機関（暦月）を1ヶ月毎に申請**		

振込先指定口座
※資格喪失者のみ記入

※在籍者は給与振込、任意継続加入者は、加入時に届出された口座への振込となりますので記入不要です。

あおい　[銀行・信用金庫・農協]　（コード　123　）　あさぎ　[本店・支店・出張所]　（コード　4567　）

貯金種別	☑ 普通 □ 当座	口座番号	1	2	3	4	5	6	7	口座名義	※カタカナで記入 テイジン　タロウ
		郵政番号	1	1	2	3	0	郵政番号	4	5	6	7	8	9	0	1

上記のとおり請求いたします。

被保険者の住所・氏名・電話番号

令和　5　年　4　月　1　日

〒　791　－　8036

被保険者の住所

愛媛県松山市北吉田町　〇〇番地〇〇

被保険者氏名　帝人　太郎

帝人グループ健康保険組合理事長殿　　TEL　XX　－　XX　－　XX

注）①この申請書は歴月ごと被保険者・被扶養者ごとに作成すること
②病院ごと、診療科ごと、入院・通院ごとに作成すること
③療養に対して病院で支払った額のうち保険診療とならないもの（差額ベット・食事料等）は除いて記入すること
④医療機関の金額の証明（請求書等）を添付すること