

支 給 支 払 決 議 書							
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 払 額	円						
支 給 内 訳	本人高額療養費	円					
	合算高額療養費	円	資格取得年月日			年 月 日	
	家族高額療養費	円	資格喪失年月日			年 月 日	

本人
家族
合算
高額療養費支給申請書 (入院・通院)

(年 月診療分)

① 被保険者証の記号・番号	—	② 事業所の名称	
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	年 月 日
⑤ 療養費を受けた者の氏名	1	2	3
⑥ 療養を受けた者の生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
⑦ 被保険者との続柄			
⑧ 傷 病 名			
⑨ 療養を受けた病院 診療所等の名称及び 所 在 地	名 称		
	所在地		
⑩ ⑨の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間	年 月 日から 年 月 日まで 日間
⑪ ⑩の期間に受けた療養に対し病院 等 で 支 払 っ た 額	円	円	円
⑫ ⑩の期間に受けた療養に対し病院 等 で 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受けら れるかどうか	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない
⑬ 診 療 合 計 点 数	点	点	点
⑭ 入 院 ・ 通 院 の 別	1.入院 2.その他	1.入院 2.その他	1.入院 2.その他
⑮ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店(普・当)被保険者名義()		

上記の通り申請します。

年 月 日

藤倉コンポジット健康保険組合理事長殿

住所
被保険者の
氏名

⑯ 委 任 状	私は	を代理人と定め、次の権限を委任する。
	年 月 日請求した高額療養費のうち 金 円也の受領に関すること。	
	年 月 日	
	被保険者の	住所 氏名
	代理人の	住所 氏名
⑰ 振込希望の銀行又は郵便局名	銀行 支店(普・当)口座名義()	

⑱ 領 収 書	金 円也但し うえの金額を領収いたしました。
	年 月 日 藤倉コンポジット健康保険組合 殿
	受領者の 住所 氏名

市区町村長が証明する欄	上記③の者には 年度の市(区)町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名
-------------	------------------------------------------------------