

健康保険 被保険者 高額療養費支給申請書(第 回)

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者証の記号・番号, 生年月日, 被保険者(申請者)氏名, 被保険者のマイナンバー, 被保険者(申請者)住所 電話番号 (日中の連絡先)

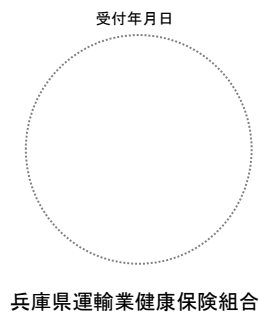
申請内容: ① 診療月, ② 受診者 (氏名, 生年月日), ③ 療養を受けた医療機関等 (名称, 所在地), 療養の内容などについて: ④ 病気・ケガの別, 療養を受けた期間, 入院通院の別, 医療機関等で支払った金額などについて: ⑤ 保険診療分の自己負担額, ⑥ 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか, ⑦ 限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無

※一部負担金ありの場合、領収書の添付が必要になります。

⑨ 多数該当, ⑩ 診療月 (1, 2, 3)

振込指定口座記入欄 (金融機関名称, 預金種別, 口座番号, 口座名義人), 受取代理人の欄 (住所, 氏名)

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～③のいずれかの方法により申出を行ってください。 ① 「(非)課税証明書」原本の添付, ② 市区町村長からの証明, ③ マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望



兵庫県運輸業健康保険組合