



本人高額療養費・家族高額療養費 合算高額療養費

支給申請書

(支給決定まで診療月後3ヵ月以上かかります)

イオン健康保険組合 理事長 殿

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

① 診療を受けた年月	平成 27 年 1 月	② 事業所名	〇〇株式会社	部・室名	〇〇店
③ 被保険者証の 記号と番号	8 123456	⑤ 被保険者 住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1 Tel. 090 (〇〇〇〇)〇〇〇〇		
④ 被保険者の氏名	井音 花子	⑥ 被保険者の生 年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
※シャチハタ印は使用しないで下さい。					
⑦ 療養を受けた者の氏名	1. 井音 花子	2.	3.		
⑧ 療養を受けた者の 生年月日	昭平 〇〇年 〇〇月 〇〇日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日		
⑨ 被保険者との続柄	本人				
⑩ 入院・その他の別	入院・その他	入院・その他	入院・その他		
⑪ 傷病名 (骨折・椎間板ヘルニア ・脱臼の場合は負傷届 を添付して下さい)	白血病				
第三者行為によるものですか いいえ・はい					
⑫ 療養を受けた病院・ 診療所等の名称	〇〇市民病院				
⑬ 薬局名 (⑫の病院で処方せんが 交付された場合)	〇〇薬局				
⑭ ⑫の病院等で療養を 受けた期間	27年 1月 10日から 同月 10日まで 1日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間		
⑮ ⑭の期間に受けた療養に対 し⑫の病院等で支払った額	12,000 円	円	円		
⑯ ⑭の期間に受けた療養に対 し⑬の薬局で支払った額	110,000 円	円	円		
⑰ 合計 ⑮ + ⑯	122,000 円	円	円		
⑱ 1. 受けられる 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 2. 受けられない	1. 受けられる 制度名: _____ 市区町村: _____ 費用徴収の 有・無 _____ 2. 受けられない	1. 受けられる 制度名: _____ 市区町村: _____ 費用徴収の 有・無 _____ 2. 受けられない	1. 受けられる 制度名: _____ 市区町村: _____ 費用徴収の 有・無 _____ 2. 受けられない		
⑲ 送金銀行 ※ゆうちょ銀行不可	〇〇 銀行 信金	〇〇 本店 支店	口座番号	123456	フリガナ 口座名義 イオン ハナコ 井音 花子
※在籍者は、原則として給与口座(ゆうちょ銀行不可)を記入して下さい。受領を家族・会社などに委任する場合は、裏面の委任状の記入が必要です。					
入院・その他	点	日	区分ア	252,600円+(-842,000円)×1%=	台帳照会
入院・その他	点	日	区分イ	167,400円+(-558,000円)×1%=	被保険者 取得
入院・その他	点	日	区分ウ	80,100円+(-267,000円)×1%=	被保険者 喪失
入院・その他	点	日	区分エ	57,600円	被扶養者 認定
合計	点	日	区分オ (低所得者)	35,400円	被扶養者 取消
本人・家族・合算・看護	多数回該当		自己負担限度額		円
レセプト内容	/ No.		算定金額		高額療養費
			円		円
支給決定		支給決定伺		支給決定通知	
決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	平成
平成					

被保険者(請求者) 記入欄

組合処理欄

※請求上の注意事項は裏面参照