

支給決定伺			同年月日	令和	年	月	日
			決裁年月日	令和	年	月	日
支給 決定額	法定 付加	円	常務理事	事務長	課長	係	
支給期間		自 令和 年 月 日 至 令和 年 月 日	日間				
備考							

被保険者  
家族

## 高額療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	記号 番号	資格取得 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1:昭和 <input type="checkbox"/> 2:平成 <input type="checkbox"/> 3:令和       年 月 日			
申請内容	1 診療月	年 月 [左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院 別等)にご記入ください。]				
	2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
	氏名					
	家族の場合は その方の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
療養の内容などについて	3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称 所在地				
	4 傷病名	ケガ(負傷)の場合は 負傷原因届を併せて ご提出ください。				
	療養を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険 診療分の金額(自己負担額)	円	円	円	円	
	自己負担額が不明の場合は 支払った総額	円	円	円	円	
6 他の公的年金から、医療費 の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
はいの場合	助成を受けた 制度の名称 自己負担分の 助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり				

上記のとおり申請します。また、私は、BIPROGY健康保険組合がこの給付決定の調査として、私の受けた保険給付、医療行為等に係る情報に関し、医療機関、事業所等に照会することに同意します。

令和 年 月 日

BIPROGY健康保険組合 御中

- 本請求に基づく給付金に関する受領を事業主に委任します。 ← (社員の 場合)
- 本請求に基づく給付金は、健保組合に届け出ている登録口座への振込を希望します。 ← (任意継続・特例退職の場合)
- 本請求に基づく給付金は、以下振込希望口座への振込を希望します。 ← (まもなく退職する社員の 場合)

被保険者 〒 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_

メールアドレス \_\_\_\_\_

振込希望口座

銀行

支店

普通

当座

NO.

確認欄	<input type="checkbox"/>	紙で申請される場合、自著されますと捺印を省略できます。その際、この届出は被保険者が作成したものであることの証明のため、左の確認欄へチェックを入れてください。
-----	--------------------------	--