

| | | | | | | | |
|----------|-------|---------|---|----|---------------|-----|-----|
| ※記入しないこと | 支給決定伺 | | | | 支給決定 令和 年 月 日 | | |
| | 支給額 | | 円 | | 常務理事 | 事務長 | 担当者 |
| | 支給内訳 | 本人高額療養費 | 円 | 摘要 | | | |
| | | 家族高額療養費 | 円 | | | | |
| | | 合算高額療養費 | 円 | | | | |
| | 円 | | | | | | |

本人
家族
合算 高額療養費支給申請書 302 (第 回目) (入院・通院)
(平 令 年 月 診療分)

| | | | | | |
|--|---------------------------------------|---------------|---------------------------------------|-------|---------------------------------------|
| (1) 被保険者の 事業所番号・保険証番号 | 事業所 記号 | | (2) 事業所の名称・所属 | 名称 | |
| | 保険証 番号 | | | 所属 | |
| (3) 被保険者の氏名 | | (4) 被保険者の生年月日 | 大 昭 平 令 | 年 月 日 | |
| (5) 療養を受けた者氏名 | 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 |
| (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)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 |

令和 年 月 日 上記のとおり申請します。

南海電気鉄道健康保険組合理事長 殿

私は上記申請に関する一切の事務を 〇 に委任いたします。

受付日付

被保険者の

住 所

氏 名

〇 ※1

KK302R201905WI

◎申請上の注意 (平成16年6月診療から自動給付)

- この申請が被保険者である場合は、申請の表題の「本人」、被扶養者である場合は「家族」、合算の場合は「合算」を○で囲んで下さい。
- この申請をするときは、必ず領収書原本と写しを添付して下さい。また、診療年月、医療機関・診療科・入院・通院別に記入して下さい。
- (10)欄は、同一月内の期間を記入して下さい。
- (11)欄は、保険診療分として支払った金額を記入して下さい。入院時の食事代、室料の差額、歯科の材料差額等保険診療としないものは除きます。保険診療分として支払った金額が明確でないときは、病院等で支払った金額を()内に記入して下さい。
- (12)欄は、他の制度から給付を受けられるか否かいずれか該当する方を○で囲んで下さい。「受けられる」を○で囲んだときは、その制度を記入し、費用徴収されたか否か、いずれか該当する方を○で囲んで下さい。国、市町村等より支給がある場合は支給いたしません。

※1この申請書は、ご本人の同意なく本目的外に使用いたしません。現職の方は、事業主経由にて手続き・支払いを行います。

南海電気鉄道健康保険組合