

1か月ごとの申請の場合は 1、自己負担した医療費が年間上限額を超えた場合の申請は 2 に ○を付けてください。

申請する番号に
○をつけてください

高額医療費支給申請書

- ① 月上限
- ② 年間上限

負担者番号	81136194	総合計額								
受給者番号	① 1234567	保険者番号	② 6130000							
フリガナ 受給者氏名	イタバシ ハナコ 板橋 花子	保険者名称	いたばし連合健康保険組合							
生年月日	1970年 1月 1日	健康保険記号番号	123 456							
医療機関名	③ ○○クリニック (ほか 1件)	被保険者または世帯主の氏名	板橋 花子							
支払方法	④ 口座振込	種別	普通	銀行名	いろは <small>銀行</small> 支店名 板橋 支店					
口座番号	1234567	フリガナ 口座名義人	イタバシ ハナコ 板橋 花子							
支給額決定通知書送付先		(現在お住まいの住所と同じ場合は記入不要)								
⑤ 対象児童の受給者番号		⑥ 対象児童の氏名		⑦ 今回の申請	⑧ 申請月					
2	3	4	5	6	7	8	板橋 子太郎	有・無	2018年12月分 2019年 1月分	入院・外来別
3	4	5	6	7	8	9	板橋 花江	有・無	2018年12月分 2019年 1月分	入院・外来
								有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来
								有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来
								有・無	年 月分～ 年 月分	入院・外来
⑩ 上記のとおり、高額医療費を申請します。										
2019 年 2 月 1 日										
			住 所		板橋区板橋△-△-△					
			氏 名		板橋 花子					
			電 話 番 号		▲▲▲▲-▲▲▲▲					
(宛先) 東京都板橋区長										

親	医療証	(一部)	食	受給者 番号・氏名	備 考
住 所	_____			負担者番号	8 1 1 3 6 1 9 4
	_____			受給者番号	1 2 3 4 5 6 7
	_____			板橋 花子	
	_____			1970年 1月 1日 生	
氏 名	板橋 花子			負担者番号	8 1 1 3 6 1 9 4
				受給者番号	2 3 4 5 6 7 8
有効期間	平成31年 1月 1日から 平成31年12月31日まで			板橋 子太郎	
				2001年 4月 1日 生	
				負担者番号	8 1 1 3 6 1 9 4
				受給者番号	3 4 5 6 7 8 9
				板橋 花江	
				2002年 5月 2日 生	
交付年月日	平成31年 1月 1日				

健康保険 家族(被保険者)平成25年10月1日
被保険者証 記号 123 番号 456

氏 名 板橋 花子
被保険者氏名 板橋 花子
生 年 月 日 1970年 1月 1日
資格取得年月日 平成25年6月9日
事業所所在地 板橋区板橋●-●-●
事業所名称 株式会社 いたばし
保険者所地 板橋区板橋▲-▲-▲
保険者番号・名称
06130000 いたばし連合健康保険組合

① 医療証に記載されている受給者の一人目の方の受給者番号・氏名・生年月日を記入してください。

② お持ちの健康保険証を見ながら記入してください。
(健康保険証のコピー添付の場合は、記入省略可)

③ 内訳書の1に記載の医療機関名とその他の総件数を記入してください。

④ 希望される振込先口座の銀行名・支店名・口座番号・口座名義人を記入してください。
※①にて記入した方名義の口座のみ指定できます。

⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨
医療証と自己負担上限額内訳書を参考に、二人目以降の受給者の方の受給者番号・氏名並びに各項目を記入してください。

⑩ 申請年月日・住所・受給者氏名(①に記載の方)・電話番号を記入してください。