

記入見本

本人高額療養費・家族高額  
合算高額療養費

1ヶ月につき1枚の申請書が必要です。  
領収書のコピーを添付して下さい。

申請書

(又和決定まで診療月後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。

令和 年 月 日

① 診療を受けた年月	平 令和 年 6 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		
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・令 〇〇年〇〇月〇〇日	昭・平・令 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	第三者行為によるものですか	いいえ・はい	第三者行為によるものですか
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	〇〇年 1月 10日から 同月 10日まで	1日間	同月 日まで	日間	年 月 日から 同月 日まで
⑮ ⑭の期間に受けた療養に 対し⑮の療養費を 支払った金額のうち、 ⑯の療養費に 対し	12,000	円	円	円	円
⑯ ⑮の療養費に 対し	110,000	円	円	円	円
⑰ 合計 ⑮ + ⑯	122,000	円	円	円	円
⑱ 他の制度により自己負担 相支	1. 受けられる 制度名: _____ 費用徴収の 有・無 _____		1. 受けられる 制度名: _____ 費用徴収の 有・無 _____		1. 受けられる 制度名: _____ 費用徴収の 有・無 _____
	2. 受けられない		2. 受けられない		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

当方よりお電話やお手紙等でご  
連絡をさせて頂く場合、連絡が取  
れるようご記入下さい。

外来で診療を受け、院  
外で薬をもらった場合  
は外来・薬剤の金額を  
合計することができます

支払った金額のうち、  
室料や食事代  
は引いて下さい。

ゆうちょ銀  
行不可

住民税が非課税の片は市区町村役場  
で発行される「非課税証明書」を添付し  
てください。

被保険者(請求者) 記入欄

組合処理欄

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	区分ア	000円)×1%=	取得
入院・その他	点	日	区分ア	000円)×1%=	喪失
入院・その他	点	日	区分ア	57,000円	認定
合計	点	日	区分オ (低所得者)	35,400円	取消
本人・家族・合算・看護	多数回該当		自己負担限度額	円	出納日印
レセプト内容	算定金額		高額療養費		
/ No.	円		円		
支給決定	支給決定日		支給決定通知		
決定年月日	常务理事	事務長	課長	係	令和
令和					