

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

下記のとおり請求いたします。

令和 年 月 日

被保険者（請求者）記入欄

① 診療を受けた年月	平 令 年 6 月	② 事業所の名称	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 被保険者の住所	〒 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.	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。		
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		
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 1日間 同月 10日まで	同月 日まで	年 月 日から 日間 同月 日まで		
⑮ ⑭の期間に受けた療養に 対し⑫の病院等で支払 た	12,000 円	円	円	円	
⑯ ⑭の 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 ゆうちょ銀行不可	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

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			000円)×1%=	取得
入院・その他	点			000円)×1%=	喪失
入院・その他	点	日	区分ア	51,600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	/ No.		算定金額	高額療養費	
支給決定			支給決定同		支給決定通知
決定年月日	常務理事	事務長	課長	係	令和
令和					

※請求上の注意事項は裏面参照