支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	□ 本人高額療養費	円
				□ 家族高額療養費	円
資格取得	昭・平・令　年　月　日		備考		
資格喪失	令和　年　月　日				

上記は記入しないでください。

□ 被保険者
・
☑ 被扶養者

高額療養費（特定疾病）支給申請書

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。
訂正が必要な場合は、訂正する箇所を二重線で抹消後、正しい内容と訂正者の署名（サイン）を記載してください（従来通りの訂正印も可）
＊被保険者等記号・番号が不明の場合は、①資格情報のお知らせ、②マイナポータル、③資格確認書(R7.12.1 までは健康保険証)、④事業所の健康保険担当部門(人事・総務／担当者)のいずれかでご確認ください。

日本無線健康保険組合　御中

被保険者が記入するところ					
＊被保険者等記号・番号	記号	1010	請求者の氏名	健保 太郎	
	番号	99999			
委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した療養費の受領に関し、事業主に委任します。				
被保険者の住所	〒 ○○○ ー ○○○○ ○○県 ○○市 ○○町 1−2−3				
会社名および所属	日本無線株式会社		○○ 部 ○○ 課		
申請が被扶養者に関するとき	被扶養者氏名	生年月日	続柄		
	健保 花子	(昭)・平・令 XX 年 X 月 X 日	妻		
診療年月	令和 X 年 X 月 診療分				
処方箋を発行した医療機関名	医療機関名 住所	○○病院 ○○県 ○○市 ○○町 123			
処方を受けた薬局名	○○薬局				
自己負担額	8,000 円		円		

添付書類：医療機関と調剤薬局の領収書（原本）

（申請についての注意事項）

1．特定疾患受領証にて外来（通院）受診し、医療費と調剤の合算が自己負担限度額（1 万円または 2 万円）を超えて支払ったとき。※他の公費制度により助成が受けられる場合は対象外です。

2．同一月内の調剤分が合算対象となります。月をまたいでの調剤処方分については対象となりませんのでご注意ください。（例 8 月 31 日に診療し 9 月 1 日調剤処方を受けた場合など）

<table>
<tr><td rowspan="2">①給付金振込先の確認</td><td rowspan="2">給付金の受取方法についての確認（任意継続被保険者、退職後の継続給付対象者のみ）

■1.在職中（給付金の受領を事業主へ委任します）

□2.任意継続被保険者として、日無健保に加入中

□3.令和　　年　　月　　日退職（退職後の継続給付対象者）</td><td rowspan="6">②任意継続被保険者・退職後の継続給付対象者の口座</td><td>コード番号</td><td colspan="2">（金融機関コード）</td><td>（店番コード）</td></tr>
<tr><td>金融機関名称</td><td colspan="2">銀行　金庫
信組
その他（　　）</td><td>本店　支店
出張所</td></tr>
<tr><td rowspan="2">上記で「2」・「3」に該当する方は②をご記入ください</td><td>預金種別</td><td>普通</td><td>口座番号　□□□□□□□（右づめ）</td></tr>
<tr><td>口座名義人</td><td colspan="2">▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点、半濁点は1文字としてご記入ください。）
◆被保険者名義の口座に限る
□□□□□□□□□□□□□□□
□□□□□□□□□□□□□□□</td></tr>
<tr><td>公金受取口座</td><td colspan="2">※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします）
□マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。</td></tr>
</table>

【事業主確認欄】（確認後に、□に✓をしてください）

☑ 本請求書（届出書）の提出に当たり、被保険者及び関係者が正しく記載し、記載内容に誤りがないことを確認しました。また、誤りがある場合は、正しく訂正されていることを確認しました。