

本人
家族
合算

高額療養費・一部負担還元金支給申請書（入院・通院）

（ 年 月診療分）

被保険者証の 記 号 番 号	記 号	番 号	事 業 所 の 名 称	
被 保 険 者 氏 名			被 保 険 者 生 年 月 日	昭和 平成 年 月 日

療養を受けた 者の	氏 名		続 柄		生 年 月 日	昭 平 令 年 月 日
診療を受けた 病 院 等 の	名 称					
	所 在 地					
療養を受けた 期 間	年 月 日から 年 月 日まで	傷 病 名			診 療 区 分	1. 入 院 2. 外 来 3. 調 剤
上 記 期 間 に 対 し 病 院 等 で 支 払 っ た 額	円	市 区 町 村 等 か ら 医 療 費 助 成 制 度 を	受けている ・ 受けていない →（制度名 ） →（費用徴収の 有 ・ 無 ）			
上記の通り請求します。 朝信健康保険組合 理事長 殿 被保険者の氏名						
委 任 状	私は事業主を代理人と定め、本請求にもとづく給付金に関する権限を委任します。 年 月 日 被保険者の 住 所 氏 名 代理人の 住 所 氏 名					

※退職後に請求する場合は記入してください。

希 望 す る 金 融 機 関	銀 行 信用金庫 信用組合 農 協					本 店 支 店
	預金種別	普通・当座	口座番号		(フリガナ) 口座名義	

◎ 申請書は診療月ごとに作成してください。

◎ 健康保険適用分における自己負担額のみが対象となります。（入院時食事療養費や個室部屋代等の自己負担分は対象外）