

決 裁		年 月 日		常務理事		事務長		担当者		
支給支出伺	支 給 金 額		円							
	支 給 対 象 月	年 月	診療分	診 療 実 日 数	日 間	支給基礎				
	資 格 取 得 日	年 月 日								
	資 格 喪 失 日	年 月 日								
過去1年間に高額療養費支給の対象となった診療月		① 年 月	診療分	② 年 月	診療分	③ 年 月	診療分			

「医療費のお知らせ」で高額医療費該当している方の氏名

高額療養費請求書

保険証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社〇〇〇	所属	〇〇部
療養を受けた者の氏名	ダイヘン太郎	療養を受けた者の生年月日	S〇〇年〇月〇日	被保険者との続柄	本人等
傷 病 名	〇〇▲□症				
療養を受けた病院等の名称及び所在地	名 称	〇〇総合病院			
	所 在 地	大阪市淀川区田川2-1-11			
療養を受けた期間	平成〇〇年 △月 △日 ~ 平成〇〇年 □月 □日 ○日間				
療養に対し保険診療で支払った額	〇〇〇, 〇〇〇円				

「医療費のお知らせ」で診療対象になった期間と日数
(1ヶ月単位ごと)

従来どおり、記号番号で申請される方については個人番号の記入は不要です。

「医療費のお知らせ」で窓口負担の金額(食事療養は含みません。) ※実際の領収書と合っているか確認して下さい。

上記のとおり請求します
平成〇〇年 △△ 月 〇〇 日

被保険者住所 大阪市淀川区田川1-2-34

(株)ダイヘン、ダイヘンビジネスサービス(株)、ダイヘンテック(株)、ダイヘン産業機器(株)の方は記入が必要です。

名 ダイヘン太郎

専務 殿

署名欄は、すべて自筆が原則です。データ入力される場合は、押印して下さい。

本請求金額の受領を委任します

平成〇〇 年 △△ 月 〇〇 日

被保険者氏名 ダイヘン太郎

金 円受領しました

署名欄は、すべて自筆が原則です。データ入力される場合は押印して下さい。

月 日

受領印の押印は必ず必要。

受領者住所 大阪市淀川区田川1-2-34

氏 名 ダイヘン太郎

印