

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			

高 額 療 養 費 請 求 書

被保険者証 記号・番号	-		事業所の名称			所属		
療養を受けた者の 氏名			療養を受けた者の 生年月日	年 月 日		被保険者 との続柄		
傷 病 名								
療養を受けた病院等 の名称及び所在地	名 称							
	所 在 地							
療養を受けた期間	年 月 日 ~		年 月 日		日 間			
療養に対し保険診療で支払った額								

上記のとおり請求します

年 月 日

被保険者住所

氏 名

ダイヘン健康保険組合理事長 殿

本請求金額の受領を
委任します

年 月 日

被保険者氏名

金

円受領しました

年 月 日

受領者住所

氏 名

印