

支給決定	常務理事	事務長	担当・入力	高額療養費支給額							円
				付加金支給額							円
支給日	令和	年	月	日	備考						
決定日	令和	年	月	日							
受付日	令和	年	月	日							

高額療養費・付加金支給申請書

被保険者氏名または 請求者氏名	
--------------------	--

下記のとおり申請いたします。

令和 年 月 日

被保険者等	記号				番号					
会社名					所属名					
傷病名					発病または 負傷年月日	令和	年	月	日	
療養者氏名					生年月日	昭 平 令	年	月	日	被保険 者との 続柄
診療の期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日	診療に要した 費用
					日間	(別紙証拠書のとおり)				円
診療を受けた 病院名等										

※申請には、保険内診療分と保険外診療分と区別できる「領収書」を添付してください。

※公費助成対象者等で自己負担が高額となった場合。