

(本人・家族・合算) **高額療養費支給申請書** (年 月 入院・通院)

注) 高額療養費に該当された方には、診療月から約3ヶ月後に健保組合からこの申請書をお送りしています。

今後、1ヶ月の医療費が高額になることが見込まれる場合には、「限度額適用認定証」を申請してください。
(「限度額適用認定証」を医療機関窓口に提示すれば、医療機関での支払時、高額療養費部分を差し引いた金額のみ支払いすればよいことになります)

被保険者証 記号・番号	・	事業所名称	
被保険者 氏名		被保険者 生年月日	(和暦) 年 月 日
※療養を受けた者の氏名			
※療養を受けた者の 生年月日			
※被保険者との続柄			
※傷病名			
※療養を受けた病院名称 及び所在地	診療報酬明細書写し のとおり		
※療養を受けた期間			
※診療合計点数
※入院・通院の別			

振込希望銀行	銀行 支店 (普通・当座) No _____ カナマイギ () (支店番号) ※ゆうちょ銀行希望の場合は通帳表紙の裏面コピーを添付
--------	--

ベネッセグループ健康保険組合理事長 殿
上記のとおり高額療養費を請求いたします。

年 月 日

被保険者の住所 〒 -

被保険者の氏名



電話番号 (- -)

※在職中の方は現在お勤めの各会社・団体の人事へ、退職後の方は、直接健保組合へご提出ください。

- ・太枠内のみ記入ください。
 - ・被保険者 (当健保組合グループ会社でお勤めの方) が低所得者 (市区町村民税非課税者) の場合は
該年度の「非課税証明書」(市区町村発行) を添付してください。
- (注) 非課税証明書: 1月~7月診療分: 前年度分 8月~12月診療分: 今年度分