

(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」を医療機関窓口に表示すれば、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となります)

※マイナ保険証をご利用の場合は、「限度額適用認定証」の申請は不要です(低所得者を除く)。

被保険者等 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	※被保険者本人名義の口座(家族不可)
--------	----	--	--------------------

**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 \_\_\_\_\_

印

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(当健保組合の健康保険に本人として加入している方)が低所得者(市区町村民税非課税者)の場合は  
該当年度の「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