

支 給 決 定 伺

本人 家族		支 決	給 定	額	円	常務理事	事務長	担当者
支 給 計 算								

本人
家族

高額療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号			療養を受けた方の氏名	
事業所名称				
傷病名				
療養を受けた病院・診療所・薬局等の 名称・所在地	名称			
	所在地			
療養を受けた期間	令和 年 月 日 から 同月 日 まで 日間			
支払った額のうち保険診療分の金額(自己負担額)	円	自己負担額が不明な場合は支払った総額	円	
診療点数	点			
備考				

東亞合成健康保險組合理事長殿

上記のとおり申請します。

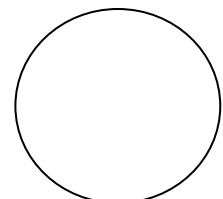
年 月 日

被保険者の住所:

氏名:

所 属 ()

受付日付印



記入例

支給決定伺

本人 家族	支給 決定 額			円	常務理事	事務長	担当者
支給 計算							

本人
家族

高額療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	10	1 2 3 4 5	療養を受け た方の氏名	東 亞 太 郎
事業所名称	東亞合成(株) 名古屋工場			
傷 病 名	胃 潰 瘍			
療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の 名称・所在地	名称	名古屋病院		
	所在地	名古屋市中区〇〇町××-××		
療養を受けた 期 間	令和 1 年 2 月 10 日 から 同月 24 日 まで 15 日間			
支払った額のうち保険 診療分の金額(自己負 担額)	82,650 円	自己負担額が不明な 場合は支払った総額	円	
診療点数	点			
備考				

東亞合成健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

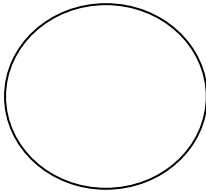
●● 年 ●● 月 ●● 日

被保険者の 住 所 東京都港区西新橋1-14-1

氏 名 東 亞 太 郎

所 属 (●●●●部)

受付日付印



記入例

支給決定伺

本人 家族	支 給 決 定 額			円	常務理事	事務長	担当者
支 給 計 算							

本人
家族

高額療養費支給申請書

被保険者等 記号・番号	10	1 2 3 4 5	療養を受け た方の氏名	東 亞 花 子
事業所名称	東亞合成(株) 名古屋工場			
傷 病 名	胃 潰 瘍			
療養を受けた病院・ 診療所・薬局等の 名称・所在地	名称	名古屋病院		
	所在地	名古屋市中区〇〇町××-××		
療養を受けた 期 間	令和 1 年 2 月 10 日 から 同月 24 日 まで 15 日間			
支払った額のうち保険 診療分の金額(自己負 担額)	82,650 円	自己負担額が不明な 場合は支払った総額	円	
診療点数	点			
備考				

東亞合成健康保険組合理事長殿

上記のとおり申請します。

●● 年 ●● 月 ●● 日

被保険者の 住 所 東京都港区西新橋1-14-1

氏 名 東亞 太郎

所 属 (●●●●部)

受付日付印

