支　給　決　定　伺

世帯合算	支　給 決 定 額						円	常務理事	事務長	担当者
支 給 計 算										

世帯合算

高額療養費支給申請書

被保険者等　記号・番号			被保険者氏名	
事業所名称				
療養を受けた方の氏名				
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				
療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地　住所				
療養を受けた期間	令和　年　月　日 から 同月　日 まで 日間	令和　年　月　日 から 同月　日 まで 日間	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	円	円	
自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円	
診療点数	点	点	点	

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

氏　名

所　　属　　（　　）

受付日付印

記入例

支　給　決　定　伺

世帯合算	支　給 決 定 額						円	常務理事	事務長	担当者
支 給 計 算										

世帯合算

高額療養費支給申請書

被保険者等　記号・番号	10	12345	被保険者氏名	東亜　太郎
事業所名称	東亜合成㈱　名古屋工場			

療養を受けた方の氏名		東亜　太郎	東亜　花子	
傷病名		胃潰瘍	子宮筋腫	
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	●●クリニック	
	住所	名古屋市●●町2-22-2	名古屋市●●町3-33-3	
療養を受けた期　間		令和 ● 年 ● 月 ● 日 から 同月● 日 まで 日間	令和 ● 年 ● 月 ● 日 から 同月● 日 まで 日間	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	●●●●● 円	円
自己負担額が不明の場合は支払った総額		円	円	円
診療点数		点	点	点

東亜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　名古屋市●●町1-1-1

氏　名　東亜　太郎

所　属　（　●●●●部　）

受付日付印

記入例

支　給　決　定　伺

世帯合算	支　給 決 定 額						円	常務理事	事務長	担当者
支 給 計 算										

世帯合算

高額療養費支給申請書

被保険者等　記号・番号	10	12345	被保険者氏名	東亜　太郎
事業所名称	東亜合成㈱　名古屋工場			
療養を受けた方の氏名	東亜　花子	東亜　花子		
傷病名	慢性腎不全	慢性腎不全		
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	●●薬局		
療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地　住所	名古屋市●●町2-22-2	名古屋市●●町3-33-3		
療養を受けた期　間	令和 ● 年 ● 月 ● 日 から 同月● 日 まで 日間	令和 ● 年 ● 月 ● 日 から 同月● 日 まで 日間	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	●●●●● 円	円	
自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円	
診療点数	点	点	点	

東亜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　名古屋市●●町1-1-1

氏　名　東亜　太郎

所　　属　（　●●●●部　）

受付日付印