

支給決議書			支給額		円
常務理事	事務長	係	支給内訳	<input type="checkbox"/> 本人高額療養費	円
				<input type="checkbox"/> 家族高額療養費	円
資格取得	昭・平・令	年 月 日	備考		
資格喪失	令和	年 月 日			

上記は記入しないでください。

被保険者

・

高額療養費（特定疾病）支給申請書

被扶養者

令和 X 年 X 月 X 日請求

この申請書を提出するにあたり、個人情報保護法による利用目的を理解し、個人情報の第三者提供に同意します。

日本無線健康保険組合 常務理事 殿

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号と番号	記号	1010	請求者の 氏名と印	健保 太郎	印				
	委任状	私は、事業主を代理人と定め、請求した療養費の受領に関し、事業主に委任します。								
	被保険者の住所	〒	〇	〇	〇	—	〇	〇	〇	〇
	会社名および所属	日本無線株式会社			〇〇	部	〇〇	課		
	申請が被扶養者 に関するとき	被扶養者氏名	健保 花子			生 年 月 日	続 柄			
	診療年月	平 〇 年 X 月 診療分								
	処方箋を発行した 医療機関名	医療機関名 住 所	〇〇病院 〇〇県〇〇市〇〇町 123							
	処方を受けた 薬局名	〇〇薬局								
	自己負担額	8,000 円				円				

添付書類：医療機関と調剤薬局の領収書（原本）

（申請についての注意事項）

- 特定疾患受領証にて外来（通院）受診し、医療費と調剤の合算が自己負担限度額（1万円または2万円）を超えて支払ったとき。※他の公費制度により助成が受けられる場合は対象外です。
- 同一月内の調剤分が合算対象となります。月をまたいで調剤処方分については対象となりませんのでご注意ください。（例 8月31日に診療し9月1日調剤処方を受けた場合など）