高額療養費決定伺	支給額		円	常務理事	事務長	担当
	支給内訳	本人高額療養費	円			
		合算高額療養費	円			
		家族高額療養費	円			
				資格取得	昭和・平成・令和　　年　　月　　日	
				資格喪失	令和　　年　　月　　日	

※これより上欄は記入しないで下さい

店名＿＿＿＿＿＿　社員番号＿＿＿＿＿＿

本人・合算・家族 **高額療養費支給申請書**

ライフコーポレーション健康保険組合理事長殿　下記の通り請求します。　　記入日　令和　　年　　月　　日

記号	番号	被保険者氏名	生年月日
		フリガナ ㊞	昭・平　　年　　月　　日

郵便	―	住所		電話	（　　）

診療年月		令和　　年　　月診療分	直近１年の内、今回の請求は　第　　回目
療養を受けた者の氏名・生年月日被保険者との続柄		1. 続柄 （　　） 昭・平・令　　年　　月　　日生	2. 続柄 （　　） 昭・平・令　　年　　月　　日生
傷病名			
療養を受けた病院診療所等の	名　称 電話番号	電話　　（　　）	電話　　（　　）
	所在地	〒　　―	〒　　―
うえの病院等で療養を受けた期間		令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間	令和　　年　　月　　日から 令和　　年　　月　　日まで　　日間
うえの期間に受けた療養に対し病院等で支払った額		円 ※領収書のコピーを添付して下さい。	円 ※領収書のコピーを添付して下さい。
入院・通院の別		入院　　通院	入院　　通院

振込希望口座 ・被保険者名義を記入して下さい ・ゆうちょ銀行の支店名は漢数字**3ケタ**です	金融機関名	銀行　農協 金庫　信組	本店 支店 出張所	口座種別	普通　当座
	口座番号		口座名義（被保険者）	カタカナで記入	

［注意事項］

・支給決定まで、診療月後3ヶ月以上かかります。

・診療月が複数ある場合は、診療月（1ヶ月）ごとに申請書が必要です。

・被保険者(本人)が市町村民税の非課税者である時は、非課税証明書(原本)を添付して下さい。

4 月～7 月診療分は前年度の証明、8 月～翌年 3 月診療分は当年度の証明

・同じ病院でも入院と通院は分けて計算しますので、それぞれ記入してください。

（06.04）