

※ 本申請書は高額療養費の支給対象の方が死亡された場合に、支給を受ける為の用紙です。

※ 申請者とは被保険者であった者の財産の相続人を指し、相続人であることが確認できる戸籍謄本  
(全部事項証明)を添付してください。

■ 健保記入欄

起案日	令和	年	月	日	決議日	令和	年	月	日
支給額						常務理事	事務長	担当	
資格取得	昭・平・令		年	月	日				
資格喪失	令和		年	月	日				
支給計算									

高額療養費支給申請書

申請者が記入する欄	記号・番号	—			申請者氏名	フリガナ				
	申請者生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者であった者との関係				
	申請者住所 電話番号	〒 TEL								
	被保険者であった者の氏名	フリガナ			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	
	診療月	令和 年 月			傷病名					
	療養を受けた病院診療所等の名称及び所在地	名称								
		所在地								
	振込希望口座	銀行			銀行コード	支店		支店コード		
		普通				口座名義	フリガナ 申請者名義			
	記号・番号を記入した場合は不要です。マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付資料が必要です。									
備考										
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 三菱 UFJ ニコス健康保険組合 御中 申請者名 _____										