

※ 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。

記入例

■ 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	記号・番号	1-12345			申請者氏名	フリガナ ケンポ ハナコ 健保 花子			
	申請者生年月日	昭和 平成 39年 10月 10日 令和	被保険者であった者との関係	妻					
者が	申請者住所電話番号	〒113-8411 東京都文京区本郷1-2-3 TEL03-3815-9876							
	被保険者であった者の氏名	フリガナ ケンポ イチロウ 健保 一郎	生年月日	昭和 平成 35年 12月 24日 令和					
記入	診療月	令和 2年 1月	傷病名	心筋梗塞					
	療養を受けた病院診療所等の名称及び所在地	名称	健康大学附属病院			所在地	東京都新宿区西新宿1-2-3		
する	振込希望口座	すこやか 銀行	銀行コード	0 1 2 3	高輪 支店	支店コード	5 6 7		
		普通	0 0 8 9 1 2 3	口座名義	フリガナ ケンポ ハナコ 申請者名義 健保 花子				
欄	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 2年 4月 1日			
三菱UFJニコス健康保険組合 御中						申請者名			健保 花子