

【 年 月分】

高額療養費支給申請書

【支給決定まで最短で診療月から4ヶ月かかります】

※診療月毎に1枚の申請書が必要です。月をまたがる場合は月毎に1枚ご記入ください※ トランスコスモス健康保険組合

被 保 険 者 記 入 欄	① 被 保 険 者 記 号 番 号	記 号		番 号		② 会 社 の 名 称		
	フリガナ					④ 生 年 月 日	昭和	平成
	③ 被 保 険 者 の 氏 名						年	月 日
	⑤ 被 保 険 者 の 住 所	(〒 —)						
	⑥ 連絡先電話番号※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	()						
	⑦ 療養を受けた者の氏名							
	⑧ 傷 病 名 ケガの場合負傷理由報告書を併せてご提出ください							
	⑨ 療養を受けた 病院・薬局等の名 称及び所在地	名 称						
		所在地						
	⑩⑨の病院等での療養期間 及び入院通院区別	年 月 日から 年 月 日まで (入院・通院)	年 月 日から 年 月 日まで (入院・通院)	年 月 日から 年 月 日まで (入院・通院)				
	⑪⑩の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額	円	円	円				
	⑫ 振 込 先 銀 行 口 座			銀行・信用金庫 農協・労働金庫			支店・出張所 本店・営業部	
	(銀行コード)		(支店番号)					
	口 座 番 号					口座名義は健康保険組合に登録されている 被保険者名義と同一のものに限り 氏名変更されたときはご連絡ください。		
	口 座 名 義(カナ)							
	普通預金口座を ご指定ください							

非課税世帯の方は（非）課税証明書原本を提出ください
※4月から7月診療分については前年度の（非）課税証明書、
8月から翌3月診療分については当年度の（非）課税証明書

◎提出先 健保組合へ直接郵送あるいは事業主(人事部門)経由で健保に提出
【健保組合住所】〒150-0011 東京都渋谷区東2-23-3 タゴシンビル4階 トランスコスモス健康保険組合 給付担当宛

受付印

健 保 記 入 欄	備考				
	提出				
	日付				
	決裁書番号	G-	/	/	/