

支給決定	法定	円	診療日数	日	摘要	事業所名			

療養費 本人高額療養費						記号	番号		
合算高額療養費 支給申請書									
第二家族療養費 家族高額療養費						被保険者氏名			

受療者氏名	被保険者との続柄	傷病名	医療機関名	区分	診療開始年月日	診療期間	診療実日数	療養に要した費用額
年 月 日生				入院・通院	平成・令和 年 月 日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日	円
年 月 日生				入院・通院	平成・令和 年 月 日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日	円
年 月 日生				入院・通院	平成・令和 年 月 日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日	円
年 月 日生				入院・通院	平成・令和 年 月 日	自 平成 年 月 日 至 平成 年 月 日	日	円
発病又は負傷の原因								

(注) 本人と家族は別の用紙に分けて書いてください。  
(注) ひと月ごとに分けて書いてください。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
(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書類が必要です。)

備考欄

上記により申請いたします。

受付印

令和 年 月 日

ダイハツ系連合健康保険組合理事長 殿

被保険者	〒	TEL	( )
	住所		
	氏名		
(必須) <input type="checkbox"/> に確認のチェックを付けてください。			
<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。			