

一部負担還元金 高額療養費
家族療養費付加金 家族高額療養費

支給申請書

ＴＩＳインテックグループ健康保険組合

①被保険者の	記号		番号		②被保険者の 氏名										
③被保険者の住所 連絡先	〒 TEL														
④事業所の名称															
⑤診療を受けた医療機関等の 名称・所在地	名 称														
	所在地														
⑥医療の種類	1.医科（入院・外来） 2.歯科 3.調剤（薬剤）														
⑦診療を受けた期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで														
⑧他の助成をうけることが できなかった理由															
⑨自己負担額	円														
⑩被扶養者に関する申請の時	氏名				生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日			続柄						
⑪振込先 被保険者名義の口座を指定	銀行名				口座番号	1.普通 2.当座									
	支店名				名 義 (加付)										
備考欄															⑫ 令和 年 月 日 提出

R6.11

（ 受付日付印 ）

※医療費に関わる助成対象者の方が、健康保険組合以外の機関から助成を受けることが
できなかった場合に提出してください。通常の高額療養費等の申請は不要です。

※記入上の注意

- ③は申請対象者の住民票登録の住所をご記入ください。
- ⑧はできるだけ詳しく（居住の××市では付加給付制度のある健保加入者への助成を行っていないため 等）ご記入ください。
- ⑩の金額を証明できる領収書を添付してください。