

被保険者証の記号・番号		3 生年月日			4 被保険者(申請者)氏名と捺印		
1 記号	2 番号	昭平	年	月	日	(フリガナ)	アイフル ケンタ
1	1 2 3 4	昭平	3 5	3	5	愛振 健太 (印)	
5 診療月		6 70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。					
令和 1 年 5 月		1 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を所持された方					
		2 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方					
7 勤務先の名称		会社名		所属名			
アイフル株式会社		アイフル株式会社		***部***課			
勤務先の電話番号		TEL()			
075 353 0211		075 353 0211					
8 被保険者(申請者)住所		〒 600 - 8420		連絡先()	
京都府 京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1		京都府 京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1		075 353 2222			
(ア) 療養を受けた者の氏名生年月日及び被保険者との続柄		氏名 愛振 健太		氏名 愛振 花子		氏名	
		生年月日 35 年 3 月 5 日 (続柄) 本人		生年月日 35 年 5 月 7 日 (続柄) 妻		生年月日 年 月 日 (続柄)	
(イ) フリガナ		シキノウタ		ヒダリコソケツ			
傷病名		心筋梗塞		左手骨折			
(ウ) 療養を受けた病院診療所等の名称及び所在地		名称 **総合病院		**クリニック			
		所在地 京都府京都市**		京都府京都市**			
(エ) (ウ)の病院等で診療を受けた期間		令和 1 年 5 月 5 日から 同月 20 日まで (15 日間)		令和 1 年 5 月 5 日から 同月 末 日まで (18 日間)		年 月 日から 同月 日まで (日間)	
※(オ)(エ)の期間に受けた診療に対し病院等で支払った額		355,800 円		32,100 円		円	
(カ) 他の公的制度により自己負担額相当額、またはその一部の支給を受けられるか		1. 受けられる (制度名)) 費用徴収の有無 0:無 1:有		1. 受けられる (制度名)) 費用徴収の有無 0:無 1:有		1. 受けられる (制度名)) 費用徴収の有無 0:無 1:有	
		2. 受けられない		2. 受けられない		2. 受けられない	
(キ) 入院・通院の別		1:入院 2:その他		1:入院 2:その他		1:入院 2:その他	
(ク) 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を受けましたか		はい いいえ		はい いいえ		はい いいえ	
受取代理人の欄		本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。					
被保険者(申請者)住所		住所				年 月 日	
代理人の氏名		氏名				(印)	
住所		住所				(印)	
委任者と代理人との関係							
※口座名義人は被保険者(申請者)本人または受取代理人に限る。							
支払金融機関の欄		銀行 信用金庫		本店 支店		(口座番号)	
000		信用金庫		本店 支店		普通当座	
		△△△				*****	
9 市区町村長が証明する欄		4の者には 年度の市区町村民税が課税されていないことを証明する。					
		市区町村長名 (印)					

※ 低所得者の方は、療養のあった月の属する年度(4月~7月診療分については、前年度)分の市区町村長の発行する非課税証明書を添付するか、9の欄に証明をもらってください。

[記入上の注意]

※5 この申請書は、診療月ごとに作成してください。例えば、入院期間がふた月にまたがる場合は、申請書を2枚作成します。

※(オ)欄は、保険診療に係るもののみ記入し、差額ベッド代、入院時食事代等を除いた金額を記入してください。

問合せ先: 京都府京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1 Tel:075-353-0211 アイフル健康保険組合