特定疾病にかかる高額療養費支給申請書

被保険者証	記号	番号	フリガナ 被保険者氏名	㊞
被保険者の 生年月日			被保険者との 続柄	
認定対象者の 氏名			認定対象者の 生年月日	昭和 平成 令和　　年　　月　　日
連絡先	〒　　－ TEL　　（　　）			
疾病名	1. 血友病 2. 人工透析を要する慢性腎不全 3. 後天性免疫不全症候群 4. その他（　　）			
申請理由				
治療を受けた 医療機関	名称			
	所在地			
処方を受けた 薬局名				
自己負担額	年　　月 診療分		金額　　円	

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　　年　月　日

氏名　　㊞

代理人の氏名　　㊞

住所

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。

受付日付印

支払金融機関の欄

銀行 信用金庫	本店 支店	普通 当座	（口座番号）

上記のとおり自己負担をしているため、高額療養費の支給を申請いたします。

年　　月　　日

アイフル健康保険組合　理事長 殿

※領収書（原本）を必ず添付してください。

（記入上の注意）

・この申請書は、疾病名に挙げられた特定疾病の方が院外処方等にて高額な医療費を支払われた場合に合算するためのものです。

・被保険者が自ら記入(自署)する場合には、押印は不要です。

・連絡先は、日中連絡の取れる電話番号を記入して下さい。(携帯電話可)

・給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要事項を記入して下さい。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入して下さい。なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㊞は必ず押してください。

・支払金融機関は、銀行および信用金庫のみの取扱いです。郵便局等は指定できません。

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