

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			
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	
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。						
年	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						
令和 1	5	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		***部***課				
勤務先の電話番号		TEL(075 353 0211)						
8 被保険者(申請者)住所		〒 600 - 8420		連絡先(075 353 2222)				
		京都 都府		京都市下京区烏丸通五条上高砂町381-1				
記入する欄	(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		シキノウウキ		ヒダリテコソケツ			
	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		氏名		年 月 日			
代理人の氏名		住所		印				
委任者と代理人との関係							印	
※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 本店		(口座番号)		受付日付印	
〇〇〇 信用金庫 △△△ 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