

被保険者
健康保険被扶養者
世帯合算 **高額療養費** 支給申請書

1

被保険者(申請者)記入用

被保険者資格喪失後(退職後)の申請用紙

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	被保険者 氏名	(フリガナ) -----		
	住所	(〒 [][] - [][]) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ([][])		

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ([][])	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 [][][][][][][][]
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(゜)、半濁点(゚)は1字としてご記入ください。)	

左づめでご記入ください。

口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 代理人
-------------	--

受取代理人の欄	令和 年 月 日	
	(〒 [][] - [][]) TEL ([][])	
	住所 (フリガナ) -----	被保険者と 代理人との 関係
	代理人 (口座名義人) 氏名	

【注意】

- ・被保険者であった方が申請してください。
- ・被保険者が死亡の場合は、法定相続人(受取代理人)の方が申請してください。なお、法定相続人の方が申請される場合は、被保険者との関係が分かる書類(戸籍謄本等)と権利継承届を添付してください。

【申請書の提出先】

〒104-0061 東京都中央区銀座2丁目16-10
ヤマトグループ健康保険組合 給付担当グループ(宛て)

(R07.03)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄