

(11) 高額療養費の支給額を独立行政法人環境再生保全機構が確認することに関する同意書の記載例

高額療養費の支給額を独立行政法人環境再生保全機構
が確認することに関する同意書

手帳番号	〇〇〇〇〇〇〇		
被認定者（認定前にあつては、認定の申請をした者）の氏名	環境 太郎		(男) ・ 女)
被認定者（認定前にあつては、認定の申請をした者）の生年月日	明治・大正 昭和・平成	30年	5月 15日
被保険者本人（組合員本人）被扶養者の別	本人 ・ 被扶		
フリガナ 被保険者氏名	カンキョウ タロウ ----- 環境 太郎		
被保険者の生年月日	明治・大正 昭和・平成	30年	5月 15日
被保険者住所	〒212-8554 神奈川県川崎市幸区大宮町1310 TEL 044-〇〇〇-〇〇〇〇		
社会保険の種類	組合管掌健康保険組合		
保険証記号番号	記号	××××	番号 ××××
保険者の名称（健康保険証を交付する団体）	環境健康保険組合		
保険者所在地	〒106-〇〇〇〇 東京都港区六本木×丁目××-×× TEL 03-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

保険証等を見ながら記入してください。

例は、請求者の医療保険が社会保険で、請求者が組合員本人の場合です。国民健康保険の場合は、被保険者本人となり、保険者は市町村や国保組合となります。

ご加入の健康保険の種類を記入してください。

※ 社会保険の種類、保険証の記号、番号等は健康保険証を参照し記入してください。

※ 社会保険の種類には、政府管掌健康保険、船員保険、日雇い特例費保険者の保険、組合管掌健康保険、国家公務員共済、地方公務員共済、公立学校共済、国民健康保険などの種類を記入してください。

※ 保険者の名称には、社会保険事務局の場合は社会保険事務所まで、共済組合の場合は支部まで、国民健康保険の場合市町村名まで照会先がわかるように記入してください。

平成 21年 2月 1日

請求者署名 環境 太郎

環境

独立行政法人環境再生保全機構
石綿健康被害救済部長 殿