

被保険者
健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書
世帯合算

被 保 険 者 情 報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	年 月 日	
	氏名	フリガナ _____				
	住所 電話番号	〒 _____ ()				

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 その他()	本店 支店 出張所 その他()		
	預金種別	普通・当座	口座番号		
	口座名義 (カタカナ)			口座名義の区分	被保険者

「代理人」の場合、必ず記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。			
		氏名	住所	年 月 日	フリガナ _____
			住所 「被保険者情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	住所	〒	電話番号	()
		フリガナ	_____		
		氏名	_____		

社会保険労務士の 提出代行者記載欄	
----------------------	--

受付日付印

被保険者氏名	
--------	--

申請内容	診療月	年 月	左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)にご記入ください。		
	受診者		被保険者・被扶養者	被保険者・被扶養者	被保険者・被扶養者
	被扶養者の場合はその方の	氏名			
		生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	療養を受けた医療機関・薬局の	名称			
		所在地			
	病気・ケガの別	ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。	病気・ケガ(負傷)	病気・ケガ(負傷)	病気・ケガ(負傷)
	傷病名				
	療養を受けた期間		年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで	年 月 日から 年 月 日まで
	入院通院の別		入院・通院	入院・通院	入院・通院
	支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)		円	円	円
	自己負担額が不明の場合は支払った総額		円	円	円
	他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか		はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ
	はいの場合	助成を受けた制度の名称			
		自己負担分の助成の内容			
限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無		有・無	有・無	有・無	
診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月の診療月をご記入ください。		年 月	年 月	年 月	

* 被保険者が非課税の場合、証明を受けてください。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は 年度の市区町村 民税が課されないことを証明する。	市区町村長名	印
-------------	-------------------------------------	--------	---