

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（申請者）情報	被保険者の	記号	番号	生年月日	S H R	年	月	日
	氏名	フリガナ			※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。			
	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 (申請者)	代理人		

※受取代理人は「事業所様」の口座に限られます。

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	年 月 日					
	住所	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	
--------	--

※元号は和暦(アルファベット表記可)で記入して下さい。

申請内容	診療年月	年 月	左記の診療年月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)に、下記項目をご記入ください。		
	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		日から 日まで	日から 日まで	日から 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(限度額適用・標準負担額減額認定)適用の有無		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
-------------	---------------------------------	--------	---