

健康保険

被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費支給申請書

診療年月	令和 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]					
被保険者証の 記号・番号			事業所の名称			
療養を受けた者の 氏名・続柄 生年月日	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
	昭和・平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日		昭和・平成・令和 年 月 日	
療養を受けた 医療機関・薬局の 名称・所在地	名称		名称		名称	
	所在地		所在地		所在地	
傷病名	<input type="checkbox"/> 病気(異常分娩含む) <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付 【傷病名】		<input type="checkbox"/> 病気(異常分娩含む) <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付 【傷病名】		<input type="checkbox"/> 病気(異常分娩含む) <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付 【傷病名】	
	令和 年 月 日から 日 日まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他		令和 年 月 日から 日 日まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他		令和 年 月 日から 日 日まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	
療養を受けた期間	令和 年 月 日から 日 日まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他		令和 年 月 日から 日 日まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他		令和 年 月 日から 日 日まで <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他	
支払った額のうち 保険診療分の金額 (自己負担額)	円		円		円	
限度額適用認定証 使用の有無	<input type="checkbox"/> 有(年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有(年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 無	
他の公的制度から 医療費の助成を受け ていますか	<input type="checkbox"/> はい 助成を受けた制度の名称 【 】 自己負担分の助成の内容 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい 助成を受けた制度の名称 【 】 自己負担分の助成の内容 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input type="checkbox"/> いいえ		<input type="checkbox"/> はい 助成を受けた制度の名称 【 】 自己負担分の助成の内容 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input type="checkbox"/> いいえ	

※当該申請月より前1年間に、高額療養費に該当する月が3ヶ月以上ある場合、直近3ヶ月分の診療年月をご記入ください。

診療年月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
------	--------	--------	--------

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する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	㊟
-----------------	--	---

振込先 指定口座	銀行	本店 支店 出張所	預金種別	1.普通 2.当座	口座名義 (カタカナ)
	金庫		口座番号 (左づめでご記入ください)		
	農協				

受領代理人の 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。 令和 年 月 日			
	代理人 (口座名義人)	氏名			
		(〒 -) TEL ()			
	住所	フリガナ			
	氏名				

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

被保険者(申請者) 〒 -

住所.....

氏名.....

TEL.....()