

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

被保険者情報	被保険者証	記号	番号
	氏名	(フリガナ)	生年月日 昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 ー 都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先) ()
	事業所名称		提出委任 <input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。(事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	氏名
		住所	氏名 被保険者との関係()

申請内容	診療月(月単位で申請)	令和 年 月	(左記診療月に対し、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。)		
	受診者の氏名	続柄()	続柄()	続柄()	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
	傷病名 ※				
	療養を受けた名称 医療機関や 薬局の 所在地				
	診療を受けた期間 (月単位)	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで	
	病院等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)	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 (はいの場合は制度名等)	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり		

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この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。

市区町村が証明する欄	当該被保険者は、令和 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
------------	--	---

受付日付印

マイナンバー記入欄(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄