

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(申請者)情報	被保険者等 記号・番号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名						
	住所	(〒 - ) TEL ( )					

申請内容	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]					
	受診者の 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】 ( )	
	療養を受けた期間	令和 年 月 日から 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		
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)
-------------	--

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注)口座情報の反映には登録から数日を要します。公金受取口座が正しく登録されているかご確認ください。					
	振込先指定口座は上記被保険者(申請者)と同じ名義の口座に限ります。 注)受取代理人の口座に振込を指定する場合は別途委任状が必要です。					
	銀行 金庫 農協	本店 支店 出張所	預金種別 1.普通 2.当座	口座番号(左づめでご記入ください)		口座名義(カタカナ)