

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

(年 月 受診分)

※ 申請書は、被保険者の自書にてお願いいたします。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	① 被保険者証 記号・番号	記号		② 被保険者 (申請者)の 氏名と印	(フリガナ)		㊟	
	③ 被保険者 (申請者)の 住所	〒 —				電話()		—
	④ 事業所の名称 ・所在地	(名称)			(所在地)			
	⑤ 療養を受けた 者の氏名・ 生年月日・続柄	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)				
		生年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日	生年月日 年 月 日				
	⑥ 傷病名							
	⑦ 療養を受けた 病院等の 名称・ 所在地	名称						
		所在地						
	⑧ ⑦の病院等で療 養を受けた期間	年 月 日から 日間 年 月 日まで 入院 通院	年 月 日から 日間 年 月 日まで 入院 通院	年 月 日から 日間 年 月 日まで 入院 通院				
	⑨ ⑧の期間に受けた 療養に対して病院 等で支払った額	円 (円)		円 (円)		円 (円)		
⑩ 他の公的制度により 自己負担相当額、ま たはその一部の支給 を受けられるかどうか	受けられる制度名	費用徴収 の有無	受けられる制度名	費用徴収 の有無	受けられる制度名	費用徴収 の有無		
	受けられない	0 : 無 1 : 有	受けられない	0 : 無 1 : 有	受けられない	0 : 無 1 : 有		
今回申請の診療月以前1 年間に3回以上高額療養 費の支給を受けた場合、 その診療月、被保険者証 の記号番号および限度 額適用認定証(限度額適 用・標準負担額認定証) 使用の有無	⑪ 診療月	1	年 月 診療分	2	年 月 診療分	3	年 月 診療分	
	⑫ 被保険者証の 記号・番号	—		—		—		
	⑬ 限度額適用認定 証(限度額適用・ 標準負担額認定 証)使用の有無	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無		

⑭ 市区長村長が 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。 市区長村長名	㊟
-------------------	---	---

給付金に関する受領を代理人に委任する場合に記入してください。

金 額 の 受 領 を 委 任 す る と き に 記 入	本申請に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。	
	令和 年 月 日 被保険者 (申請者) 氏名	㊟
	委任された者の 事業所名	委任者と代理人との関係
	住所 氏名・印	㊟
	上記金額正に受領いたしました。	令和 年 月 日
	住所 氏名	㊟

受付日付印

※訂正をする場合、訂正印として申請者印と同じ印を押印してください。

※ 被保険者(請求者)本人への送金を希望される場合は、別途「保険給付金個人振込銀行口座指定届」の届出が必要となりますので、当健保組合までご連絡ください。

被保険者のマイナンバー記載欄
----------------	-------

※ 被保険者証の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カードの写し等)」、「本人確認(運転免許証の写し等)」をするための添付書類が必要です。)

社会保険労務士の 提出代行者印		㊟
--------------------	--	---