

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

※ 受給番号

被 保 険 者 情 報	被保険者証	記号	番号	生年月日				
				昭和	年	月	日	
				平成				
	被保険者氏名	フリガナ						
	住所 電話番号	〒 () TEL ()						
申 請 内 容	診療月	令和 年 月						
	受診者 氏名・生年月日	氏名		氏名		氏名		
		昭和 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	名 称						
		所在地						
	病気・ケガの別	1. 病気（異常分娩含む） 2. ケガ（負傷）		1. 病気（異常分娩含む） 2. ケガ（負傷）		1. 病気（異常分娩含む） 2. ケガ（負傷）		
	療養を受けた期間	月 日 ～ 日 日間		月 日 ～ 日 日間		月 日 ～ 日 日間		
	入院・通院の別	1. 入院 2. 通院・その他		1. 入院 2. 通院・その他		1. 入院 2. 通院・その他		
	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 の助成を受けているか	1. 受けている 全額負担・一部自己負担あり 制度の名称 () 2. 受けていない		1. 受けている 全額負担・一部自己負担あり 制度の名称 () 2. 受けていない		1. 受けている 全額負担・一部自己負担あり 制度の名称 () 2. 受けていない			

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、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。）

備考欄	
-----	--

受付日付印

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行農協本店本所 金庫支店支所 信組出張所									
	預金種別	1. 普通	2. 当座	口座番号							
	口座名義 (カタカナ)	※									

※ 給付金に関する受領を代理人に委任する（被保険者以外の口座に振込を希望される）場合は下記に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	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 被保険者 住所 氏名		
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ)	被保険者との関係
	代理人住所	〒 ー 電話番号 ()	

被保険者本人が市区町村民非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、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。
(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