

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 一部負担還元金 家族療養費付加金 支給申請書 合算高額療養費付加

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭和・平成・令和	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒			-			
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	( )		
				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✓)			

振込先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連	金融機関・支店コード																
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 支所・本所	種別と口座番号	普通 当座															

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)	平成 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			
	傷病名 ※															
	療養を受けた医療機関や薬局の名称 所在地															
	診療を受けた期間 (月単位)	平成 令和	年	月	日から	日まで	平成 令和	年	月	日から	日まで	平成 令和	年	月	日から	日まで
	入院 外来	( )	日間				入院 外来	( )	日間			入院 外来	( )	日間		
	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・いいえ			はい・いいえ			はい・いいえ									
(はいの場合は制度名等)	制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり			制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり			制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり									

- 病院等で支払った領収書の写しを添付して下さい。
- 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、平成 年度の 市区町村長名 市区町村民税が課されないことを証明する。	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

- ・病院等で支払った領収書の写しを貼付してください。
- ・領収書がA4の場合は、貼付せず提出してください。