

**被保険者  
健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書  
世帯合算**

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ) ..... ..... .....		自署の場合は押印を省略できます。		
	住所	(〒 - )				
電話番号	TEL	( )				
□本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)						

振込先指定口座	金融機関名称	(銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他)		(本店) (支店) (出張所)
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ (姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点「・」半濁点「゜」は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分
			<input type="checkbox"/> 1.被保険者	<input type="checkbox"/> 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
		氏名・印	住所	「被保険者情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 - ) (TEL - )	住所	委任者と代理人との関係
		(フリガナ) ..... .....	氏名・印	

被保険者のマイナンバー記載欄	<input type="text"/>
----------------	----------------------

「申請者記入用」は次ページに続きます。 >>>

常務理事	事務長	担当	担当

**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**

被保険者氏名

<b>申請内容</b>	1 診療月	年	月	日	〔 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。 〕		
	2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
	氏名						
	家族の場合はその方の	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	生年月日	年	月	日	年	月	日
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称		名称		名称	
	所在地						
<b>療養の内容等について</b>	4 傷病名 <small>ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。</small>						
	療養を受けた期間	年	月	日	年	月	日
		から	まで	から	まで	から	まで
	入院・通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	
<b>医療機関等で支払った金額等について</b>	5 支払った額のうち、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	
	6 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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	はいの場合	助成を受けた制度の名称		助成を受けた制度の名称		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"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	

1の診療月以前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ヶ月分の診療月をご記入ください。

7 診療月

1	年	月	2	年	月	3	年	月
---	---	---	---	---	---	---	---	---