

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

記入例

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の	1 1 1 1	1 1 1 1 1 1	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	0 1	0 1	0 1
	氏名・印	(フリガナ) サカイ タロウ	堺 太郎	自署の場合は押印を省略できます。			
	住所	(〒 111 - 1111)	〇〇県〇〇市〇〇1-1-1				
電話番号	TEL 111 (1111) 1111						
□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	サカイ (銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他)	ヒッコシ (本店) (支店) (出張所) (本所) (支所)	
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 1 1 1 1 1 1 1 1	左詰めでご記入ください。
	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	2 1.被保険者 2.代理人
サカイ ハナコ				

「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 4 年 4 月 1 日
	氏名・印	堺 太郎	住所 「被保険者情報」の住所と同じ
	住所	(〒 111-1111) (TEL 111-1111-1111)	委任者と代理人との関係
	代理人 (口座名義人)	住所 〇〇県〇〇市〇〇1-1-1 (フリガナ) サカイ ハナコ 氏名・印 堺 花子	妻

被保険者のマイナンバー記載欄	マイナンバーの記入は任意です。
----------------	-----------------

「申請者記入用」は次ページに続きます。 >>>

ここは記入の必要ございません。

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

記入例

被保険者氏名 **堺 太郎**

申請内容	1 診療月	令和 3 年 12 月 29 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 checked="" 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 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	〇〇病院		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇1-1-1		
療養の内容等について	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>	盲腸		
	療養を受けた期間	年 月 日 0 4 0 1 0 1 から 3 1 まで	年 月 日 から まで	年 月 日 から まで
	入院・通院の別	<input checked="" 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
医療機関等で支払った金額等について	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	200,000 円		円
	自己負担額が不明の場合は支払った総額			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 checked="" 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		
	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

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
-------	-------	-------	-------