

健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書

被保険者証の 記号・番号	—	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日	
被保険者 (申請者) の氏名	フリガナ		(印) 自署の場合は押印を省略できます。	
住所 電話番号 (日中の連絡先)	〒 — TEL ()			
振込先	ゆうちょ銀行	通帳記号	通帳番号	
	銀行名	口座名義人 (カタカナ)		
		銀行	支店	預金種別
		口座番号		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座
口座名義人 (カタカナ)				
委任受領 する場合	委任者	氏名	(印)	
	受任者	住所 氏名	(印)	

診療月	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月		
療養を受けた者の 氏名	1	2	3
療養を受けた者の 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
被保険者との続柄			
傷病名			
療養を受けた病院等の 名称および 所在地	名称		
	所在地		
上記の病院等で 療養を受けた期間	平・令 年 月 日から	平・令 年 月 日から	平・令 年 月 日から
	日間	日間	日間
上記の期間に受けた 療養に対し病院等で 支払った額	平・令 年 月 日まで	平・令 年 月 日まで	平・令 年 月 日まで
	円 ()	円 ()	円 ()
他の制度により自己 負担額相当額または その一部の支給を受 けられるかどうか	<input type="checkbox"/> 受けられる	<input type="checkbox"/> 受けられる	<input type="checkbox"/> 受けられる
	制度名	制度名	制度名
	費用徴収の 有・無	費用徴収の 有・無	費用徴収の 有・無
	<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられない	<input type="checkbox"/> 受けられない
この申請の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。			
診療月	平成・令和 年 月	平成・令和 年 月	平成・令和 年 月

市区町村長が 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。 市区町村長名	(印)
-----------------	---	-----

社会保険労務士の 提出代行者印	(印)
--------------------	-----