

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 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証の 記号・番号	記号 番号	被保険者 氏名・印	フリガナ Ⓧ 自著の場合は押印を省略できます									
	現住所 電話番号	(〒 -) 電話番号 ()										事業所名	
	診療月	平成 年 月											
	受診者氏名	フリガナ (続柄)			フリガナ (続柄)			フリガナ (続柄)					
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成			<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 <input type="checkbox"/> 平成					
	療養を受けた 医療機関・薬局 名、所在地	名称 所在地			名称 所在地			名称 所在地					
	傷病名(ケガの場合は 負傷原因届を併せて ご提出ください)												
	療養を受けた 期間	平成 年 月 日 から [][][][][][] まで			平成 年 月 日 から [][][][][][] まで			平成 年 月 日 から [][][][][][] まで					
	入院通院の別	入院・通院			入院・通院			入院・通院					
	診療に要した 費用の額	円			円			円					
他の公的制度から 医療費の助成を受 けられますか。	・受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) ・受けられない			・受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) ・受けられない			・受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) ・受けられない						
今回申請の診療月以前1年間に高額 療養に該当する月が3か月以上ある場 合、直近3ヶ月分の診療月をご記入く ださい。	平成 年 月 診療分			平成 年 月 診療分			平成 年 月 診療分						
振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 農協 本店 本所 金庫 漁協 支店 支所 信組 その他() 出張所											
	預金種別	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知		口座番号				左づめで 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。)											
受 取 代 理 人 の 欄	被保険者 (申請者)	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。 平成 年 月 日 氏名・印 Ⓧ 住所 「被保険者が記入する 押印省略不可 ところ」の住所と同じ											
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) 電話番号 () 住所 Ⓧ 氏名・印											

※被保険者が市区町村民税の非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明をうけるか、「(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	当該被保険者は平成 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 Ⓧ
-----------------	---------------------------------------	-------------

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

(添付書類) 病院・薬局などの領収書のコピー