

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 ()		生年月日	昭和・平成	年 月 日	
	診療月	平成	年 月	事業所名			
	受診者氏名	フリガナ	フリガナ	フリガナ			
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	年 月 日
	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 平成 年 月 日 まで	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 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ヵ月以上ある場 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)	(〒 -) 住所 氏名・印	電話番号 ()	Ⓧ			

※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 Ⓧ
-----------------	---------------------------------------	-------------

(添付書類) 病院・薬局などの領収書のコピー

受付日付印
