

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費（付加金） 支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)

※ 受領について (どちらかに✓)  事業所への委任払いを希望 (委任状欄へ)  個人口座への振込を希望 (振込先へ)

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他( )	預金種別	普通・当座・その他( )
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	氏名 (印) 住所 氏名 (印) ※委任払いの場合は 押印をお願いします

申請内容	診療月 (月単位で申請)	令和 年 月 (左記診療月に対し、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。)		
	受診者の 氏名	続柄( )	続柄( )	続柄( )
	生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日
	傷病名 ※			
	療養を受けた 名称 医療機関や 薬局の 所在地			
	診療を受けた期間 (月単位)	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで
	病院等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)	円	円	円
他の公的 制度から医療費 の助成を受けて いますか  (はいの場合は制度名等)	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、令和 年度の 市区町村長名 市区町村民税が課されないことを証明する。	(印)
----------------	--	-----

マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--