

健康保険 本人家族合算 高額療養費支給申請書

診療月	令和 年 月 / 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。				
被保険者証の記号・番号	-		事業所の名称		
療養を受けた者の氏名 氏名 続柄 生年月日	氏名	続柄	※合算高額の場各記入してください。		
	昭和 平成 令和 年 月 日		氏名	続柄	氏名
薬局の名称及び所在地	名称	名称	名称		
	所在地	所在地	所在地		
傷病名	<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付【傷病名】		<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付【傷病名】		<input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付【傷病名】
療養を受けた期間	令和 年 月 日～ 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他		令和 年 月 日～ 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他		令和 年 月 日～ 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他
自己負担額の合計	円		円		円
※支払った額のうち、保険診療分の合計を記入してください。					
限度額適用認定証の交付を受けているか	<input type="checkbox"/> 受けている (年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 受けていない		<input type="checkbox"/> 受けている (年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 受けていない		<input type="checkbox"/> 受けている (年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 受けていない
他の公的制度から医療費の助成を受けられるかどうか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額あり		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額あり		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額あり
	*当該申請月以前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。				
受診月	平成・令和 年 月受診分	平成・令和 年 月受診分	平成・令和 年 月受診分	平成・令和 年 月受診分	平成・令和 年 月受診分
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。(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。)					
市町村長が証明する欄	当該被保険者は、令和 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 ㊟				
払渡し希望の振込先	金融機関名	支店名(店番)	口座番号	口座名義人氏名	
	銀行 信用金庫 信用農協	本店 支店 出張所	普通・当座	フリガナ 氏名	

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

被保険者(請求者) 〒 -

住所..... 連絡先 () -

氏名..... ㊟

常務理事	事務長	副事務長	係	係	受付印