被保険者 健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書 世帯合算

この申請には、医療機関等から発行された領収書の写しを添付し提出して下さい。

被	被保険者	記号			1	許亏									
被保険者情	氏 名	(フリガナ)						生年月	日	昭·平·令	:	年	月	B
情		Ŧ													
報	住 所	府・県							電話番 (日中の連		()				
	事業所名称						提出委	任	□ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は √)						
	金融機関名称						行・金庫・信	組	7T A		# 12	ntr -	D. III /		
振 込 先		農協・その他()							預金種	图列	普通・当	<u>坐・その</u>	か他()
先		支店・本店・出張所 その他()							口座番	号					
	口座名義 (カタカナで記入)								口座名義	区分	被保険者	(申請者) · 代	理人	
委任状	口座名義が代理 人の場合にご記	被保险		氏名	に基づく	給付金に関す	する受領を代	理人に	委任します。		令和	年	J	月	日
	入ください。	代理 (口座名	-	住所 氏名							被保険者	との関係	 { ()
												200100			
申請内容	診療月(月単位	で申請)	平·令	年		月 (左記診療	寮月に対し、	受診者ご	と(医療機	関、薬局	入院、通際	完別等)(こご記え	入くださ	い。)
	受診者の	毛 名 生年月日	昭・平・⁴		続柄	剪()			続柄(年 月) 日			続	柄(月)
	傷病名 ※														
	医療機関や	 3 称 ff在地													
	診療を受けた期間 (月単位)		平·令	年	月	日 から 日 まで	平·令	年	月	日 から 日 まで		年	月		から 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・いいえ				はい・い	はい・いいえ			はい・し	いえ			
	(はいの場合は制度名等)		制度名▶					制度名・ 自己負担分の助成・ 全額助成・一部自己負担あり			制度名 ト 自己負担分の助成 ト 全額助成・一部自己負担あり				
※ 傷	L 病の原因が第三者	の行為によ		:、「第三者	皆行為に	よる傷病届」	の添付が必	要となり	ます。						
〇被	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	ヽ、「(非)課	脱証明書	書」の交付を	受け原本	を添作	すしてくか	<i>ごさい。</i>
市区町村が 当該被保険者は、平・令 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。															FI
この給付金の支払通知書は (〒 -) 1. 事業所に 2. 自宅に 3. その他に 送付してほしい は 所											,	分 付日	付印		
	保険労務士の 代行者名記載欄														