

健康保険高額療養費支給申請書（第 回）

領収証の写を添付してください。



受付年月日

被保険者証の記号・番号 1111 2222	被保険者の生年月日 昭; 5 年 月 日 平; 7 5 0 0 1 0 1	
被保険者(申請者)の氏名・印 (フリガナ) ケンボ タロウ	事業所の名 株式会社	記入例
運輸 太郎 (印)	事業所の所在地 神戸市中央区 町×××	
(相続人からの申請の場合は被保険者氏名;)	電話 () - ××××	
郵便番号	被保険者(申請者)の住所・電話番号	
× × × ×	(フリガナ) コウベシチュウオウク 神戸市中央区 町××× 電話 () - ××××	

印のところは記入しないでください。

診療月	単独・合算の別	多数該当	今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けている場合は直近3回分の受給記録		
年 月 2 2 0 2	0; 単 独	0; 無	診療月	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分
	1; 世帯合算	1; 有	被保険者証の記号番号		
所得等の種類	高額の療養費該当者氏名				
0; 一般 1; 非課税 2; 生活保護 3; 上位所得者	限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無		有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
1			2		3
療養を受けた者の氏名 生年月日(被保険者との続柄)			昭・平 年 月 日 ()		昭・平 年 月 日 ()
運輸 太郎 昭 平 50 年 1 月 1 日 (本人)					
傷 病 名			胆石症		
療養を受けた名称 医療機関等の所在地			病院 神戸市中央区 町×××		
上記の医療機関等で療養を受けた期間、療養の実日数			平成 22 年 2 月 1 日から 28 日間 平成 22 年 2 月 28 日まで	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで	平成 年 月 日から 日間 平成 年 月 日まで
上記で受けた療養に対し医療機関等で支払った額			() 円	() 円	() 円
保険診療分の自己負担額			89,780		
自己負担すべき額の全部又は一部について、他の制度から支給を受けられますか			いいえ・はい ⇓ 費用徴収 (制度名) 0; 無 1; 有	いいえ・はい ⇓ 費用徴収 (制度名) 0; 無 1; 有	いいえ・はい ⇓ 費用徴収 (制度名) 0; 無 1; 有
診療合計点数			点	点	点
入院・通院の別			1; 入院 2; その他	1; 入院 2; その他	1; 入院 2; その他

銀行等に振込を希望する場合 銀行 金庫 ××× 支店 農協	口座預金種別 1. 普通 2. 当座 3. 貯蓄 (21) 預金口座番号 1 1 1 1 1 1 1	(22) 預金口座名義人の氏名 (フリガナ) ウンユ タロウ 運輸 太郎
---	---	--

↑被保険者(申請者)名義()のもの(受領委任をする場合は代理人名義 (23)のものを記入してください。)

委任する場合はのみ記入してください。この欄は給付金の受取りを代理人に

本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成 年 月 日	(23) 代理人の氏名・印 (フリガナ)	(24) 被保険者(申請者)との関係
被保険者(申請者) 住所	(25) 郵便番号	代理人の住所・電話番号 (フリガナ)
氏名 (印)		電話 ()

(26) 上記の被保険者には、平成 年度の市区町村民税が課されないことを証する。 平成 年 月 日 市区町村長名	社会保険労務士氏名・印
--	-------------

↑市区町村民税が非課税の場合に、市区町村長の証明を受けてください。