

被保険者証の記号・番号			生年月日	昭和	年	月	日
被保険者(申請者)氏名	(フリガナ)	被保険者証の記号・番号を記入した場合は不要です					
	自署の場合は押印を省略できます。		被保険者のマイナンバー				
被保険者(申請者)住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒 )						
	TEL ( )						

申請内容	診療月	平成 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。]						
	受診者	1:被保険者 2:家族(被扶養者)		1:被保険者 2:家族(被扶養者)		1:被保険者 2:家族(被扶養者)		
	家族の場合はその方の氏名							
	生年月日	昭和	年	月	日	昭和	年	月
療養を受けた医療機関等	名称							
	所在地							
	療養を受けた期間	平成 年 月 日 から 日 まで		平成 年 月 日 から 日 まで		平成 年 月 日 から 日 まで		
療養の内容などにつ	病気・ケガの別 ケガ(負傷)の場合は負傷原因等を併せてご提出ください	1:病気(異常分娩含む) 2:ケガ(負傷)		1:病気(異常分娩含む) 2:ケガ(負傷)		1:病気(異常分娩含む) 2:ケガ(負傷)		
	入院通院の別	1:入院 2:通院・その他		1:入院 2:通院・その他		1:入院 2:通院・その他		
医療機関等で支払った金額などに	医療機関等で支払った額 記入しないでください	円		円		円		
	保険診療分の自己負担額 記入しないでください	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	1:はい 2:いいえ		1:はい 2:いいえ		1:はい 2:いいえ		
	はいの場合 助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容 記入しないでください	1:全額助成 2:一部自己負担あり		1:全額助成 2:一部自己負担あり		1:全額助成 2:一部自己負担あり		
診療合計点数 記入しないでください	点		点		点			
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	1:有 2:無		1:有 2:無		1:有 2:無			

一部負担金ありの場合、領収書の添付が必要になります。

多数該当	の診療月以前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。												
1:有 2:無	診療月	1	平成	年	月	2	平成	年	月	3	平成	年	月
	高額療養費該当者氏名												

振込指定口座	金融機関名称	銀行 (本店)	支店	出張所
	預金種別	1:普通 2:当座 3:別段	口座番号	
	口座名義人	(フリガナ)		
社会保険労務士氏名・印				

受取代理人の欄	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	
	住所	被保険者(申請者)氏名
	住所	被保険者との関係
代理人	(フリガナ)	氏名

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下 - のいずれかの方法により申出を行ってください。

「(非)課税証明書」原本の添付 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から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「(非)課税証明書」を添付してください。
市区町村長からの証明 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てください。 市区町村長が 当該被保険者は平成 年度の 市区町村長名 証明する欄 市区町村民税が課されないことを証明する。平成 年 月 日 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。
マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望 被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。 1月1日の (〒 ) 住民票住所 1月~7月診療分は前年1月1日、8月~12月診療分は同年1月1日の住所を記入してください。

受付年月日

