

記入例

被保険者証の記号・番号	1111	2222	生年月日	昭和 平成 令和	5	0	0	1	0	1
被保険者(申請者)氏名	(フリガナ) ウンユ タロウ	運輸 太郎	被保険者証の記号・番号を記入した	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)	(〒	×××)	神戸市中央区	町×××	TEL ( ) - ××××					

申請内容	診療月	令和 元 年 5 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)																			
氏	運輸 太郎																					
家族の場合 はその方の 生年月	昭和 平成 令和	5	0	0	1	0	1															
療養を受けた 医療機関等	名	病院																				
所在	神戸市中央区	町×××																				
療養の内容などについて	病気・ケガの別 ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を 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)																			
療養を受けた期間	令和	元	0	5	0	2	から	令和				から	令和				まで	令和				まで
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ついて	保険診療分の自己負担額	135,680	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																			
助成を受けた 制度の名称	はいの場合	自己負担分の 助成の内容	1:全額助成 2:一部自己負担あり																			
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 令和 年 月 ② 令和 年 月 ③ 令和 年 月

金融機関 名称	(銀行) 本店 金庫 ××× (支店) 農協 出張所
預金種別	①:普通 2:当座 3:別段 口座番号 1 1 1 1 1 1 1 1
口座名義人	(フリガナ) ウンユ タロウ 運輸 太郎
社会保険労務士氏名・印	

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。	令和 年 月 日
住所	被保険者(申請者)氏名
右欄の「振込指定口座」欄に被保険者名 義以外の口座を記入した場合は、こちらの 欄もご記入ください。	被保険者 との関係
振込指定口座を被保険者名義の口座に 指定された場合は、記入の必要はありま せん。	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・令和 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。令和 年 月 日 市区町村長名  
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。

