

健康保険 高額療養費支給申請書（第 回目）

被 保 者 欄	被保険者証の記号・番号		事 業 所	名 称																					
	記号	番号		所在地	〒																				
保 險 者 欄	氏 名	フリガナ		生 年 月 日					区 分																
		昭和 平成	年	月	日	70未満	ア・イ・ウ・エ・オ				70以上	所得者・一般													
住 所													〒												
電 話																									
保 險 者 欄	療養を受けた 方の氏名と 生年月日及び 続柄	氏名					続柄					氏名					続柄								
		昭和 平成	年	月	日	本人	昭和 平成	年	月	日															
保 險 者 欄	傷病名																								
	療養を受けた 医療機関	名称					名称					名称					名称								
		所在地					所在地					所在地					所在地								
入院 通院 歯科 調剤 その他 ()													入院 通院 歯科 調剤 その他 ()												
保 險 者 欄	上記病院等で 診療を受けた 期間	令和 年 月 日から					令和 年 月 日から					令和 年 月 日から					令和 年 月 日から								
		日間					日間					日間					日間								
保 險 者 欄	上記療養に対 し病院等に支 払った額	円										円													
保 險 者 欄	備 考																								
	振 込 先	銀 行					本店					預金種別					口座名義					の 1.申請者			
信用金庫					支店					1.普通					区分					2.代理人					
信用組合					口座番号					口座名義人					2.当座					3.その他					
カタカナで記入					カタカナで記入					カタカナで記入					カタカナで記入					カタカナで記入					

口座名義の区分が「2」の場合は必ず記入・捺印ください。

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。													受付印									
	被保険者 (申請者)													令和 年 月 日									
	代理人													申請者と代理人の続柄									
	住所 〒 -													氏名									

市区町村民税者の非課税の場合、非課税の証明書を添付するか市区町村で下記の証明を受けてください

証明欄	当該被保険者は 年度の	市区町村長名	①
市区町村民税が課税されていない事を証明する。			

必要な添付書類