

健康保険

本人高額療養費・一部負担還元金
合算高額療養費・合算高額療養付加金 支給申請書
家族高額療養費・家族療養付加金

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	氏名	(フリガナ)		生年月日	年 月 日
	住所	〒 —		電話番号 (日中の連絡先)	()
				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✓)

※給付金の振込先は、被保険者口座または勤務先のいずれかになります。
被保険者口座に給付金の振込みを希望する場合は「振込先」欄を記入のうえ、**通帳の写し**または、**キャッシュカードの写し**を添付してください。
勤務先に給付金の受け取りを委任する場合は「委任状」欄を被保険者と受任者がそれぞれご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		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)			

委任状	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記受任者に委任します。	令和 年 月 日
		氏名	
	受任者 (事業主)	住所	
		事業所名	
		氏名	

申請内容	診療月(月単位で申請)	令和 年 月	(左記診療月に対し、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)		
	受診者の氏名				
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	傷病名				
	診療を受けた病院等の名称				
	薬剤を受けた調剤薬局の名称				
	診療を受けた期間 (月単位)	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 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	円
	他の公的制度から医療費 の助成を受けている場合 は記入してください	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 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	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 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり

○ 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、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、令和 年度の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	印
----------------	---	---

同意欄	この申請に係る健保組合からの問合せを事業所の担当者を通じて行うことに同意します。 被保険者(申請者)氏名	受付日付印
-----	---	-------

※訂正される場合は、各記載者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と各記載者の氏名(サイン)をご記入ください。