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　家族高額療養費・家族療養付加金　支給申請書

診療を受けた年月	平成・令和　　年　　月 診療分

被保険者（申請者）情報

被保険者証	記号　　番号	生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日
氏　名	（フリガナ）		
住　所	〒　　－　　都・道 府・県		
		電話番号（日中の連絡先）	（　　）
事業所名称		提出委任	□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（事業主経由（依頼）する場合は✔）

申請内容

受診者の　氏　名	続柄（　　）	続柄（　　）	続柄（　　）
生年月日	昭・平・令　　年　　月　　日	昭・平・令　　年　　月　　日	昭・平・令　　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）	平・令　　年　　月　　日 から 日 まで	平・令　　年　　月　　日 から 日 まで	平・令　　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
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

○ 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、平・令　　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。　市区町村長名　　印

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 住　所 氏　名
受任者（事業主）	住　所 事業所名 氏　名

◎被保険者（申請者）口座への振込みをご希望の場合は記入してください。　※通帳の写しを添付してください。

振込先

金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（　　） 支店・本店・出張所 その他（　　）
預金種別	普通　・　当座　・　その他（　　）
口座番号	
口座名義（カタカナで記入）	

受付日付印

確認欄	□	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人（被保険者）が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。

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

全国硝子業健康保険組合