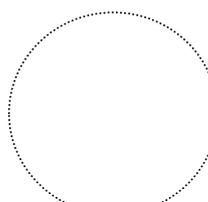


# 健康保険高額療養費支給申請書

被 保 険 者 （ 申 請 者 ） が 記 入 す る と こ ろ	①健康保険被保険者証の記号・番号		②被保険者の生年月日				備考	受付年月日  	
	記号	番号	昭 平	年	月	日			
	③被保険者（申請者）の氏名 (フリガナ)			④事業所の 所在地	名称		電話 ( )		
	(相続人からの申請の場合は被保険者氏名: )				所在地				
	⑤被保険者（申請者）の住所・電話番号 (フリガナ)								⑥診療月
	〒 -								年 月
	⑦療養を受けた者の氏名 生年月日(被保険者との続柄)		1	2	3				
			昭・平・令 年 月 日 ( )	昭・平・令 年 月 日 ( )	昭・平・令 年 月 日 ( )				
	⑧傷病名								
	⑨療養を受けた医療機関等の	名称							
所在地									
⑩上記医療機関等で療養を受けた期間、療養の実日数		令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 日間					
⑪上記で受けた療養に対し医療機関等で支払った額		( ) 円	( ) 円	( ) 円					
⑫自己負担すべき額の全部又は一部について、他の制度から支給を受けられますか	いいえ・はい ⇒ ↓ (制度名)	費用徴収	いいえ・はい ⇒ ↓ (制度名)	費用徴収	いいえ・はい ⇒ ↓ (制度名)	費用徴収			
		無・有	無・有	無・有	無・有				
⑬入院・通院の別		入院・その他	入院・その他	入院・その他					
申請者又は受取代理人が記入するところ	⑭振込先 (フリガナ) 銀行 金庫 組合 農協 本店 支店 出張所					預金種別	1:普通 2:当座 3:別段 4:その他		
	口座番号	.....	口座名義人の氏名 カタカナでご記入願います						
↑ 被保険者（申請者）名義のもの（受領委任をする場合は代理人名義のもの）を記入してください。									
委任する場合のみ記入してください。 この欄は給付金の受取を代理人に	⑮受取代理人の欄		代理人の氏名 (フリガナ)			被保険者（申請者）との関係			
	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								
	被保険者（申請者） 住所		代理人の住所・電話番号 (フリガナ)						
	氏名		〒 -			電話 ( )			
⑯上記の被保険者には、令和 年度の市区町村民税が課されないことを証する。 令和 年 月 日 市区長村長名 ㊟									
↑ 市区長村民税が非課税等の場合に、市区町村長の証明を受けてください。									