

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費・付加金等 支給申請書

任継用

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 801 番号	事業所名称			
	氏名	(フリガナ)	生年月日			
	住所	〒 ー	電話番号 (日中の連絡先)	()		

▶ 被保険者が亡くなられた場合であっても、「被保険者等記号・番号」「生年月日」「事業所名称」は被保険者の情報をご記入ください。
▶ 「氏名」「住所」「電話番号」「振込先」は実際に申請される方の情報をご記入ください。

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()		
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号			
	口座名義区分	<input type="checkbox"/> 被保険者(申請者) <input type="checkbox"/> 代理人				
公金受取口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)					

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代理人に委任します。 令和 年 月 日 氏名
	代理人 (口座名義人)	住所 氏名 被保険者との関係()
口座名義区分が代理人の場合にご記入ください		

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	続柄()		続柄()		続柄()	
	生年月日	昭・平・令 年 月 日					
	傷病名 ※						
	療養を受けた名称 医療機関や 薬局の所在地						
	診療を受けた期間 (月単位)	令和 年 月 日から 日 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 の助成を受けていますか (はいの場合は制度名等)	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり					

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 被保険者本人が市区町村住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 市区町村長名 市区町村住民税が課されないことを証明する。	印
----------------	---	---

受付印

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、
本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士記載欄 氏名等