

# 健康保険高額療養費・付加金等支給申請書

		診療月		令和 年 月 分	
① 被保険者証の	記号	番号			
② 事業所名					
療養を受けた方の氏名		1 氏名		2 氏名	
③ 生年月日 続柄		昭平令 年 月 日	続柄	昭平令 年 月 日	続柄
④ 傷病名または診療科					
⑤療養を受けた病院・診療所等の		名称			
		所在地			
⑥ ⑤の病院・診療所等で療養を受けた期間		年 月 日から	入院	年 月 日から	入院
		年 月 日まで	通院	年 月 日まで	通院
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し病院・診療所等で支払った額		円		円	
⑧ 他の制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられますか		受けられる (制度名 ) (費用徴収 有 無 ) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収 有 無 ) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収 有 無 ) 受けられない	
⑨ 今回申請の診療月以前12ヶ月間に高額療養費の支給を3回以上受けたことがありますか			⑩ ⑪欄の者には、令和 年度の市区町村民税が課税されないことを証明する 令和 年 月 日 市区町村長名		
ある ない			⑪		
※この押印は、省略できません。					
⑪ 被保険者・請求者	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日				
	住所 〒				
	被保険者(請求者) 氏名				
	電話番号 (平日昼間の連絡先)				
⑫ 振込口座	銀行名	銀行・信金 信組・農協	本店・支店 出張所	普通	支店番号
	フリガナ 口座名義			当座	口座番号
⑬ 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、上記口座情報の記入は不要です。)				

被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には下記の委任状にご記入ください。

委任状	被保険者(請求者)	本請求に基づく給付金の受領方を下記代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 〒 氏名
	受領代理人	住所 〒 氏名  委任者と 代理人との関係 電話番号

受付日付印

## 備考欄(注)

(注)被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄へ記載してください。  
個人番号を記載した場合は、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。