

健康保険高額療養費・付加金等支給申請書

		診療月		平・令 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 年 月 日 続柄		昭 平 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 日まで 通院		年 月 日から 入院 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	
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 ある ない		⑩ ⑩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 Ⓢ ※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。 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	
		フリガナ 口座名義		普通 当座	
				支店番号 口座番号	

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。