

# 健康保険高額療養費支給申請書（ 年 月診療分）

※被保険者死亡の場合は、請求者の氏名を記入・押印してください。

①被保険者証の記号－番号	－	②被保険者(請求者)の氏名・印	フリガナ <span style="float: right;">㊟</span>	
③被保険者の住所	〒 ー Tel ( ) ー			
④事業所の名称				
⑤療養を受けた者の氏名	(a)	(b)	(c)	
⑥療養を受けた者の生年月日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日	昭平 年 月 日	
⑦被保険者との続柄				
⑧傷病名				
⑨療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地	名称			
	所在地			
⑩⑨の病院等で療養を受けた期間	月 日から 日まで ( ) 日間	月 日から 日まで ( ) 日間	月 日から 日まで ( ) 日間	
⑪⑩の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 (健康保険適用分の自己負担額)	円	円	円	
⑫他の制度により自己負担額相当額又はその一部の支給を受けられるかどうか	*受けられる (費用徴収の有・無) *受けられない	*受けられる (費用徴収の有・無) *受けられない	*受けられる (費用徴収の有・無) *受けられない	
⑬⑧の傷病名が骨折や怪我等外傷の場合は、負傷原因等	(負傷年月・負傷場所・負傷理由)			
⑭今回申請の診療月以前1年に高額療養費の支給を3回以上受けた場合はその直近の診療月等	診療月	(1) 月分	(2) 月分	(3) 月分
	被保険者証の記号・番号			
	高額療養費該当者氏名			
振込指定銀行	銀行 ( ) 信用金庫 ( ) 支店 ( ) 信用組合 ( ) 出張所 農協		普通・当座・その他 ( ) 口座番号 [ No. ] 口座名義 [ ]	
	◎振込先は被保険者の口座に限ります ※被保険者死亡の場合は、請求者(相続人)の口座を記入してください。 ※被保険者死亡の場合で、相続人に於いて請求される場合は、戸籍謄本を添付してください。			
備考	被保険者証記号番号に代えて個人番号で申請を希望される場合はご記入下さい。 (その場合、個人番号及び本人を確認できる書類の添付が必要になります。)			

※ 支給要件・記入要領・添付書類については『記入上の注意』をご参照ください。