

# 健康保険高額療養費支給申請書（ 年 月診療分）

令和 年 月 日提出

※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	フリガナ
③ 被保険者の住所	〒 - Tel ( ) - (日中連絡のつく番号)		
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	昭平令 年 月 日	昭平令 年 月 日	昭平令 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・薬局等の名称及び所在地	名称		
	所在地		
⑩ ⑨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
⑪ ⑩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 他の公的制度から医療費の助成を受けている又は受ける予定ですか	・はい...下記にご回答ください ・いいえ	・はい...下記にご回答ください ・いいえ	・はい...下記にご回答ください ・いいえ
はいの場合	助成制度名称		
	自己負担分の助成内容	・全額助成(自己負担なし) ・一部自己負担あり	・全額助成(自己負担なし) ・一部自己負担あり
⑬ ⑧の傷病名が骨折や怪我等外傷の場合は、負傷原因等	(負傷年月日・負傷場所・負傷理由)		
⑭ 今回の診療月以前1年間に高額療養費に該当する月が3ヵ月以上ある場合、直近3ヵ月分の診療年月			
(1)	年 月	(2)	年 月
(3)	年 月		
振込指定銀行	銀行 ( ) 普通・当座・その他( ) 信用金庫 ( ) 支店 口座番号【 】 信用組合 ( ) 出張所 口座名義【 】 農協 ( ) (カナで記入) ◎振込先は被保険者名義の口座に限ります		
	※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ください。(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。