

被保険者  
健康保険 被扶養者 高額療養費 及び  
世帯合算

一部負担還元金  
家族療養費付加金  
訪問看護療養費付加金  
家族訪問看護療養費付加金  
合算高額療養費付加金

支給申請書

被保険者情報	被保険者証	記号	番号	生年月日	昭・平・令	年	月	日
	氏名	(フリガナ)						
	住所	〒	—	都・道 府・県	電話番号 (日中の連絡先)	( )		
	事業所名称							

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( )
		支店・本店・出張所 その他( )	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)		口座名義区分	被保険者(申請者)・代理人

委任状	口座名義が代理人の場合にご記入ください。	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
		代理人 (口座名義人)	住所	氏名	被保険者との関係( )		

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	昭・平・令	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	まで	令和	年	月	日	から	日	まで	令和	年	月	日	から	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	はい・いいえ	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		制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり		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。

※ 傷病の原因が外傷性による場合は、「負傷原因届」の添付が必要となります。

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

受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	
-----------------------	--