

健康保険 被保険者 一部負担還元金 支給申請書
 被扶養者 高額療養費 家族療養費付加金
 世帯合算 合算高額療養費付加

被 保 険 者 情 報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称	
	被保険者氏名	(フリガナ)		生年月日	昭・平・令 年 月 日
	住所	〒 -		電話番号 (日中の連絡先)	()
	提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)			

振 込 先	金融機関名称	銀行・信金・信組 農協・漁協・信連・信漁連 支店・本店・出張所 支所・本所	金融機関・支店コード	-
	口座名義 (カタカナで記入)		預金種別	普通・当座・その他()
	口座番号		口座番号	
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、上記の口座情報の記入は不要です。)				

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の高額療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

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)	氏名 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	氏名		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※						
	療養を受けた医療機関や薬局の名称 所在地						
	診療を受けた期間 (月単位)	令和 年 月 日から 入院 外来 (日間)	令和 年 月 日から 入院 外来 (日間)	令和 年 月 日から 入院 外来 (日間)			
	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 制度名▶ 自己負担分の助成▶ 全額助成・一部自己負担あり	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	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				

※ 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。
 ○ 病院等で支払った領収書の写しを添付して下さい。
 ○ 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
------------	---	---

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)	受付日付印
<input type="text"/>	マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

- ・病院等で支払った領収書の写しを貼付してください。
- ・領収書がA4の場合は、貼付せず提出してください。