

健康保険

被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費支給申請書

被保険者 (申請者)	保険証 記号番号	記号	番号	所属名	
	氏名			生年月日	S H R 年 月 日
	住所 (住民票)	〒 ー TEL ()			

※申請書は、診療月ごとに作成してください。

申請内容	診療月	年 月			
	※ 下記欄は、受診者ごとに、医療機関・薬局・入院・通院別に記入してください。				
	この月に療養を受けた期間	日～日 (日間)	日～日 (日間)	日～日 (日間)	
	受診者	氏名			
		続柄			
		生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	療養を受けた医療機関 や薬局などの名称				
	診療区分	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 調剤 ☐ その他	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 調剤 ☐ その他	☐ 入院 ☐ 通院 ☐ 調剤 ☐ その他	
	医療機関等に 支払った額	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 (制度名:) ☐ いいえ	☐ はい (制度名:) ☐ いいえ	☐ はい (制度名:) ☐ いいえ	
限度額適用認定証 を使用しましたか	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ	☐ はい ☐ いいえ		

※ 任意継続・臨時社員・資格喪失（退職）者は下記に振込先を記入してください。それ以外の方は給与第一口座に振り込まれるため記入不要です。
※ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用される方は、公金受取口座にチェックを入れて下さい。

振込先	金融機関名			本支店名	
	預金種別		口座番号	口座名義 (カタカナ)	
	□：公金受取口座（口座情報の反映には登録から数日を要します。）				

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。（4月～7月診療分については前年度の課税に関する証明を、8月～翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。）

市区町村長が 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