

健康保険 高額療養費支給申請書 (平成・令和 年 月分)

①被保険者証の記号と番号	-		②事業所の名称		
③被保険者(申請者)の氏名	フリガナ			④被保険者の生年月日	昭和・平成 年 月 日
⑤被保険者(申請者)の住所	〒 - 電話 () -				
⑥療養を受けた方の氏名及び続柄	(続柄)		(続柄)		(続柄)
⑦療養を受けた方の生年月日	昭和・平成 年 月 日 令和	昭和・平成 年 月 日 令和	昭和・平成 年 月 日 令和	昭和・平成 年 月 日 令和	昭和・平成 年 月 日 令和
⑧傷病名					
⑨療養を受けた病院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	年 月 日から 日 日 日間で	年 月 日から 日 日 日間で	年 月 日から 日 日 日間で	年 月 日から 日 日 日間で	年 月 日から 日 日 日間で
⑪⑩の期間に受けた療養に対して病院等に支払った額	(円)	(円)	(円)	(円)	(円)
⑫他の公的制度により自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうか	・受けられる 制度名 () 費用徴収の 有・無 ・受けられない	・受けられる 制度名 () 費用徴収の 有・無 ・受けられない	・受けられる 制度名 () 費用徴収の 有・無 ・受けられない	・受けられる 制度名 () 費用徴収の 有・無 ・受けられない	・受けられる 制度名 () 費用徴収の 有・無 ・受けられない
⑬今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた場合、その直近3回分の受給記録	診療月	1. 平成・令和 年 月 診療分	2. 平成・令和 年 月 診療分	3. 平成・令和 年 月 診療分	
	被保険者証の記号番号	-		-	
	限度額適用認定証の使用の有無	有・無	有・無	有・無	有・無

⑭	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。 (利用する場合のみ <input checked="" type="checkbox"/> 、利用しない場合下記金融機関名を記入)				
	払渡希望金融機関名	銀行 支店 信用金庫				
	口座番号	1.普通預金 2.当座預金	No.		口座名義	フリガナ
⑮委任状	本申請に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日					
	被保険者 住所 (申請者) 氏名 _____ 代理人 住所 氏名 _____					

⑯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 _____ (印)
--------------	---

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

※受付日付印

尼崎機械金属健康保険組合理事長殿 令和 年 月 日提出

注意事項

- 申請書は毎月ごとに作成してください。
- ⑧欄の傷病名はわかる範囲で記入してください。
- ⑩欄は同一月内期間を記入してください。
- ⑪欄は、保険診療分として支払った金額を記入してください。保険診療分が明確でないときは、病院等で支払った金額を () 内に記入してください。⑫欄で費用徴収が「有」の場合は実際に徴収された金額を記入してください。
- 被保険者(申請者)の印については、氏名を本人自ら署名した場合には押印は不要です。ただし、委任状欄の被保険者(申請者)及び代理人の印については省略できません。