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

被保険者情報			
被保険者等記号・番号	記号 □□□□ 番号 □□□□□□	生年月日 □昭和 □平成 □令和 □□年 □□月 □□日	
氏　名	フリガナ	電話番号	
住　所	（〒　　－　　）		

振込先指定口座			
金融機関名称	（銀行）（金庫）（信組）（農協）（漁協）（その他）（　　）	（本店）（支店）（出張所）（本所）（支所）	
預金種別	□ 普通　□ 別段　□ 当座　□ 通知	口座番号	□□□□□□□
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マスあけてご記入ください。）□□□□□□□□□□□□□□□	口座名義の区分	□ 被保険者　□ 代理人

代理人の場合は必ず「受取代理人欄」に記入・押印をしてください。

受取代理人欄			
被保険者の氏名・印	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。　令和　年　月　日 ㊞　【住所】「被保険者情報」の住所と同じ		
代理人（口座名義人）の情報	〒 住所	被保険者と代理人の関係	
	フリガナ 氏名	電話番号	

申請書は2枚目に続きます。＞＞＞

健保組合使用欄

常務理事	事務長	担当	担当

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

被保険者氏名	

申請内容

1	診療月	年　月　日	左記の診療月について、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。	
2	受診者	□ 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	□ 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	□ 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
	家族の場合はその方の 氏名			
	生年月日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日
3	療養を受けた医療機関・薬局の 名称			
	所在地			
4	傷病名（ケガ（負傷）の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。）			
	療養を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで
	入院・通院の別	□ 1. 入院 2. 通院・その他	□ 1. 入院 2. 通院・その他	□ 1. 入院 2. 通院・その他
5	支払った額のうち、保険診療分の金額（自己負担額）	円	円	円
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円
6	他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	□ 1. はい 2. いいえ	□ 1. はい 2. いいえ	□ 1. はい 2. いいえ
	はいの場合 助成を受けた制度の名称			
	自己負担分の助成の内容	□ 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	□ 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	□ 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

療養の内容等について

医療機関等で支払った金額等について

1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3ヶ月以上ある場合、直近3ヶ月分の診療月をご記入ください。

7 診療月	1 年 月	2 年 月	3 年 月

サカイ引越センター健康保険組合