

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費支給申請書 世帯合算

記入例

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号 1 1 4 1	番号 1 2 3 4 5 6	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	3 年 2 月 1 0 日
	氏名	フリガナ サカイ タロウ 堺 太郎		電話番号	080-1111-2222
	住所	(〒 1 2 3 - 4 5 6 7 ) 〇〇県△△市□□ 1-1-1			

振込先指定口座	金融機関 名称	ヒッコシ (銀行) (金庫) (信組) (農協) (漁協) (その他)	サカイ (本店) (支店) (本所) (出張所) (支所)
	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 別段 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 通知	口座番号 7 6 5 4 3 2 1
	口座名義	▼姓と名の間は1マスあけてご記入ください。 サ カ イ ハ ナ コ	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 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 7 年 4 月 1 日
	代理人の 情報	住所	〒 123-4567 〇〇県△△市□□ 1-1-1	被保険者と 代理人の 関係 妻
		氏名	フリガナ サカイ ハナコ 堺 花子	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
この欄は記入不要です。			

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

記入例

被保険者氏名 堺 太郎

Application form with multiple rows and columns for medical details, including dates, names, and amounts. Includes a note about recording the month of treatment.

Additional row for recording treatment months: 1 診療月, 2 診療月, 3 診療月.