

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

1

2

ページ

被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。

届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者(申請者)情報
被保険者証の記号 99999 番号 11 生年月日 平成 031030
氏名・印 総務 花子
住所 東京 大田区蒲田1丁目1-1
電話番号 03(0000)0000

振込先指定口座
金融機関名称 みなとみらい
預金種別 1 口座番号 1234567
口座名義 ソウム ハナコ
口座名義の区分 1

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄
被保険者(申請者) 氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人(口座名義人) 住所 氏名・印 委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の提出代行者名記載欄 印

受付日付印 (26.7)

様式番号 641111 協会使用欄

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名 総務 花子

申請内容	① 診療月	平成 27 年 8 月		[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)	
		氏名			
	家族の場合は その方の	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
生年月日					
③ 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称	未来総合病院	港薬局		
	所在地	東京都大田区0-0	東京都渋谷区0-0		
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	左足首骨折	左足首骨折		
	療養を受けた期間	(平成) 年 月 日 27 08 03 から 1 3 まで	(平成) 年 月 日 27 08 03 から 1 3 まで	(平成) 年 月 日 から まで	
	入院通院の別	2. 1. 入院 2. 通院・その他	2. 1. 入院 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 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)		150,000 円	15,500 円		
	自己負担額が不明の場合は 支払った総額				
⑥ 他の公的制度から、医療費の 助成を受けていますか	助成を受けた 制度の名称	2. 1. はい 2. いいえ	2. 1. はい 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	
	はいの場合				
	自己負担分の 助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要です。

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

⑦ 診療月	1 平成 26 年 10 月	2 平成 26 年 11 月	3 平成 年 月
-------	----------------	----------------	----------

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月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年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 当該被保険者は平成 年度の 市区町村長名 市区町村民税が課されないことを証明する。

様式番号 6 4 1 2 1 0