

健康保険高額療養費支給申請書

(第 回目) (入院 ・ 通院 ・ 世帯
合算)

(令和 年 月診療分)

(1)	被保険者等	記号		番号	
(2)	被保険者の勤務する (していた)事業所の	(ア)名称			
		(イ)所在地			
(3)	療養を受けた者の 氏名	1	2	3	
(4)	療養を受けた者の の生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
(5)	被保険者との続柄				
(6)	傷病名				
(7)	療養を受けた 病院・診療所 等の名称及 び所在地	名称			
		所在地			
(8)	療養を受けた期間	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	令和 年 月 日から 日間 令和 年 月 日まで	
(9)	療養に対し病院等で 支払った額	円 ()	円 ()	円 ()	
(10)	他の制度により自己 負担額相当額または 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	
(11)	今回申請の診療月以 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	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	令和 年 月診療分	
(12)	振込口座	金融機関名称	本・支店名	種別	口座番号
				普通	
(13)	上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者の 〒 TEL () 住所 フリガナ 氏名 (被保険者死亡の場合のみ) 〒 TEL () 請求者の 住所 フリガナ 氏名				

※非課税の場合は下記をご記入ください。

非課税者の 情報	診療月が 1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日」の 住民票住所の	郵便番号 〒 - 市区町村名
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日」の 住民票住所の	郵便番号 〒 - 市区町村名

受付日付印

※振込口座を公金受取口座とする場合は本申請書とあわせてホームページ掲載の「保険給付等の公金受取口座利用届」をご提出ください。