

## 健康保険 高額療養費支給申請書（第 回目）

被	被保険者証の記号・番号		事業所	名称														
	記号	番号		所在地														
保	氏名	カガナ <small>自署の場合は押印不要</small>		生年月日	昭和					平成					区分			
		㊟			年	月	日	70未満	ア・イ・ウ・エ・オ					70以上	所得者・一般			
者	住所																	
	〒																	
欄	電話																	
	療養を受けた方の氏名と生年月日及び続柄	氏名			続柄	氏名			続柄									
	年 月 日				年 月 日													
	傷病名																	
療	養	を	受	け	名称				名称									
					所在地				所在地									
					入院 通院 歯科 調剤 その他 ( )				入院 通院 歯科 調剤 その他 ( )									
者	上記病院等で診療を受けた期間	令和 年 月 日から 日間			令和 年 月 日から 日間													
		日まで			日まで													
欄	上記療養に対し病院等に支払った額	円			円													
	備考																	
振	込	先	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店	預金種別			1. 普通 2. 当座 3. その他		口座名義の区分		1. 申請者 2. 代理人				
			口座番号	口座名義人														
			カタカナで記入															

口座名義の区分が「2」の場合は必ず記入・捺印ください。

受	本請求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。										受
	令和 年 月 日										
	被保険者 (申請者)	住所									
	氏名	㊟									
代理人	住所										
氏名	㊟									申請者と代理人の続柄	

市区町村民税者の非課税の場合、非課税の証明書を添付するか市区町村で下記の証明を受けてください

証明欄	当該被保険者は 年度の 市区町村長名 <span style="float: right;">㊟</span>
	市区町村民税が課税されていない事を証明する。