

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

1

2

ページ



※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

医療機関に支払った1か月分の自己負担額が高額になり、自己負担額を超えた額の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

| | | | | | |
|-------------|---------------|---|-------------------------------|----------------------|--|
| 被保険者(申請者)情報 | 被保険者証 | 記号 (左づめ) <input type="text"/> | 番号 (左づめ) <input type="text"/> | 生年月日 | <input type="text"/> 1.昭和 <input type="text"/> 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| | 氏名 (カタカナ) | <input type="text"/> | | | |
| | 氏名 | 姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。 ※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。 | | | |
| | 郵便番号 (ハイフン除く) | <input type="text"/> | 電話番号 (左づめハイフン除く) | <input type="text"/> | |
| | 住所 | 都 道 府 県 <input type="text"/> | | | |

| | | | | |
|---------|-----------------------------------|------------------------|----------------------|-----------------------------|
| 振込先指定口座 | 振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。 | | | |
| | 金融機関名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 () | 支店名 | 本店 支店 (代理店) 出張所 本店営業部 本所 支所 |
| 預金種別 | 1 普通預金 | 口座番号 (左づめ) | <input type="text"/> | |

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。
(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)



社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

| | | |
|----------------------|------------------------------------|---|
| MN確認 (被保険者) | <input type="checkbox"/> | 1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり) |
| 添付書類 | 所得証明 <input type="checkbox"/> | 1. 添付 2. 不備 |
| | 戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/> | 1. 添付 |
| | 口座証明 <input type="checkbox"/> | 1. 添付 |
| | その他 <input type="checkbox"/> | (理由) 1. その他: <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | | 枚数 <input type="text"/> |

受付日付印

(2022.10)

