## 被保険者 健康保険被扶養者 **高額療養費** 支給申請書 世帯合算

		2		
抽促除者	(由韓		記して	Ш

被		記号	番号	生年		月 日	
保険	被保険者証の				これ		
者(由	(右づめ)						
請		(フリガナ)			21.0		
被保険者(申請者)情報	氏名						
	住所	(〒 −	)	(都) (道) (府) (県)			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					
	□ 本申請書の	り提出を事業主へ委任します	†。(委任する場合は☑)				
振	□ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)						
泛先			また、受取代理人を指定する場合は、				
振込先指定口座	金融機関 名称		(銀行)(金庫)(信 農協)(漁協) (その他)(	)		(本店)(支店) (出張所) (本所)(支所)	
	預金種別	1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号		左づめでご記入ください。		
		▼カタカナ(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。	)	1. 申請者	
	口座名義					2.代理人 2」の場合は なず記入してください。	
	552	木由語に基づく	≧付余に関する受領を下記の代理人!	- 季年   宇宙		<del>■</del> <b>F</b> 月 日	
	受取 被保険者   代理 (申請者)   氏名 住所「被保険者(申請者)情報」   の (申請者)						
	欄	(〒 代理人 住所	- )	TEL (	)	委任者と 代理人との	
	(	口座名義人) (フッリガ 氏名	†)			関係 	
				「申請者記入用」	は2ページに約	たきます。〉〉〉	
		番号を記入した場合は不要  載した場合は、個人番号確	です 認、本人確認をするための?	<b>る付書類が必要です</b>		(R4.10) 受付日付印	
	・		III. FTO CHEIR E ) WIE STOOT				
לו אנז	NPX-100 (1).	- · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·					
	:会保険労務士 <i>の</i> 出代行者名記載						

## 被保険者 健康保険被扶養者 **高額療養費** 支給申請書 世帯合算

被保険者(申請者)記入用

	被任	<b>保険者氏名</b>			
申請	1	診療月 年 月 日 「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。			
内容	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) 2. 家族(被扶養者)	
		成名 家族の場合は その方の 生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 □ 昭和 □ 平成 □ 令和 □ 年 月 日 年 月 日	
		療養を受けた 医療機関・薬局の 所在地			
療養の	4	ケガ(負傷)の場合は 傷病名 負傷原因届を併せて ご提出ください。			
療養の内容などについ		療養を受けた期間	年 月 日 から まで	年 月 日 年 月 日 から まで	
τ		入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 1. 入院   2. 通院・その他 2. 通院・その他	
医療機関等で支払った金額などについ	5	支払った額のうち、保険 <u>診療分の金額(自己負担額)</u> 自己負担額が不明の場合は 支払った総額	—	<u>н</u> н	
払った金質	6	他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ 2. いいえ 2. いいえ	
観などについて		助成を受けた 制度の名称 自己負担分の 助成の内容	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり 2. 一部自己負担あり 2. 一部自己負担あり	
1				たある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。	
正		診療月 1		2 年 月 3 年 月	
所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①~③のいずれかの方法により申出を行ってください。 ] ①「(非)課税証明書」原本の添付 保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。 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「(非)課税証明書」を添付ください。					
] ②市区町村長からの証明 保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。					
市区町村長が 当該被保険者は令和 年度の 市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名					
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。					
<b>③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望</b> 保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。 ■ 1 日 1 日 0 ○ (〒 - )					
1月住民		(0)	, 		