

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費 世帯合算 付加金支給申請書

記入見本

高額な医療費がかかったとき

[本人+家族 世帯合算]

診療を受けた月	令和	年	月	診療分	No.			
【被保険者(申請者)情報】								
①被保険者証の記号・番号				②氏名		今鹿 健太		
記号	101	番号	55555					
③生年月日			平成3年5月1日		④資格取得日		令和2年4月1日	
⑤住所		〒140-0101 東京都品川区品川オーパーク 品川マンション101号						
⑥日中連絡の取れる電話番号			090-5555-△△△△		⑦メールアドレス		kenta@gmail.comcom	
【申請内容】								
⑧受診者の	氏名	今鹿 健太 続柄(本人)		今鹿 保子 続柄(妻)		続柄()		
	生年月日 受診時の年齢	平成3年5月1日 (32歳)		平成7年8月1日 (30歳)		年 月 日 (歳)		
⑨療養を受けた医療機関・薬局の名称		品川クリニック		竹芝病院		・傷病名がケガ(負傷)の場合は、「 負傷原因届 」の添付が必要です。 ・第三者行為、労災に該当する場合は、健保組合までご連絡ください。		
⑩傷病名		急性胃腸炎		椎間板ヘルニア				
⑪療養を受けた期間		令和5年7月3日から 同月31日まで		令和5年7月15日から 同月21日まで		令和 年 月 日から 同月 日まで		
⑫療養を受けた日数		5日間		7日間		日間		
⑬療養の種別 (いずれかに○印)		入院・ 外来 ・歯科・調剤		入院 ・外来・歯科・調剤		入院・外来・歯科・調剤		
⑭医療機関等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)		25,000 円		70,000 円		円		
⑮他の公的制度から医療費の 助成を受けていますか		はい・ いいえ 「はい」の場合、下記に詳細をご記入ください。		はい・ いいえ 「はい」の場合、下記に詳細をご記入ください。		はい・いいえ 「はい」の場合、下記に詳細をご記入ください。		
⑮-1 助成を受けた制度の名称								
⑮-2 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		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		
【振込先】								
⑯ <input type="checkbox"/> 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。(利用しない場合は下記の欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。								
⑰金融機関名			⑱支店名		⑲口座番号(7ケタ)		⑳口座名義(カナ)	
三菱UFJ銀行			五反田支店		普通 0123456		イマジカ ケンタ	
給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状にご記入ください。								
⑳委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。				令和 年 月 日			
	被保険者の	住所 氏名						
代理人の	住所 氏名							

※被保険者本人が市区町村住民税非課税者の場合は、下記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。

支給印

受付印

②当該被保険者は令和 年度の市区町村住民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄