

健康保険 本人
家族
合算 高額療養費支給申請書

| | | | | | |
|---|---|----------------|---|--------------|---|
| 診療月 | 令和 年 月 / 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。 | | | | |
| 被保険者証の記号・番号 | - | | 事業所の名称 | 株式会社サンゲツ | |
| 療養を受けた者の氏名 続柄 生年月日 | 氏名 | 続柄 | ※合算高額の場谷記入してください。 | | |
| | 昭和 平成 令和 年 月 日 | | 氏名 | 続柄 | 氏名 |
| 薬局の名称及び所在地 | 名称 | 名称 | 名称 | 名称 | 名称 |
| | 所在地 | 所在地 | 所在地 | 所在地 | 所在地 |
| 傷病名 | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付【傷病名】 | | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付【傷病名】 | | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ ※負傷原因届を添付【傷病名】 |
| 療養を受けた期間 | 令和 年 月 日～ 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 | | 令和 年 月 日～ 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 | | 令和 年 月 日～ 日 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> その他 |
| 自己負担額の合計 | 円 | | 円 | | 円 |
| ※支払った額のうち、保険診療分の合計を記入してください。 | | | | | |
| 限度額適用認定証の交付を受けているか | <input type="checkbox"/> 受けている (年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 受けていない | | <input type="checkbox"/> 受けている (年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 受けていない | | <input type="checkbox"/> 受けている (年 月 日発効) <input type="checkbox"/> 受けていない |
| 他の公的制度から医療費の助成を受けられるかどうか | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| | 助成を受けた制度の名称【 自己負担分の助成の内容 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額あり | | 助成を受けた制度の名称【 自己負担分の助成の内容 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額あり | | 助成を受けた制度の名称【 自己負担分の助成の内容 <input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担額あり |
| *当該申請月以前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か月分の診療月をご記入ください。 | | | | | |
| 受診月 | 平成・令和 年 月受診分 | 平成・令和 年 月受診分 | 平成・令和 年 月受診分 | 平成・令和 年 月受診分 | 平成・令和 年 月受診分 |
| 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、こ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。 (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。) | | | | | |
| 市町村長が証明する欄 | 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 ㊟ | | | | |
| (フリガナ) 払渡し希望銀行の口座 | 銀行 信用金庫 | 普通 当座 貯蓄 | 店番 | 口座名義人氏名 | |
| | 本支店 | | 口座番号 | フリガナ | 氏名 |

上記のとおり申請します。 令和 年 月 日

被保険者(請求者) 〒 -

住所 連絡先 () -

氏名 ㊟

| | | | | | |
|------|-----|------|---|---|-----|
| 常務理事 | 事務長 | 副事務長 | 係 | 係 | 受付印 |
| | | | | | |