

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 被保険者証の 記号番号	記号	② 事業所の名称				
	番号					
③ 被保険者住所	□□□-□□□□		④ 被保険者氏名			
	(電話 - -)		生年月日 昭・平 年 月 日			
⑤ 診療月	令和 年 月診療分	⑥ 所得等の種類 (金額は標準報酬月額)	ア.83万以上 イ.53~79万 ウ.28~50万 エ.26万以下 オ.市区町村民税非課税			
⑦ 療養を受けた方の 氏名及び 生年月日・続柄	1	2	3			
	昭・平・令 年 月 日 (続柄)	昭・平・令 年 月 日 (続柄)	昭・平・令 年 月 日 (続柄)			
⑧ 傷病名	外傷性の傷病 の場合その理由	外傷性の傷病 の場合その理由	外傷性の傷病 の場合その理由			
	0: 工作中 1: その他	0: 工作中 1: その他	0: 工作中 1: その他			
⑨ 療養を受けた病院等の 名称および 所在地	名称					
	所在地					
⑩ ⑨の病院等で 療養を受けた期間	年 月 日から (日間) 年 月 日まで	年 月 日から (日間) 年 月 日まで	年 月 日から (日間) 年 月 日まで			
	⑪ 入院・その他の別	1: 入院 2: その他	1: 入院 2: その他	1: 入院 2: その他		
⑫ ⑩の期間に受けた療養に 対し病院等で支払った額 (自己負担額)	円 ()	円 ()	円 ()			
⑬ 他の制度により自己 負担額相当額、または その一部の支給を 受けられるかどうか	受けられる (制度名) 受けられない	費用徴収 の有無 0: 無 1: 有	受けられる (制度名) 受けられない	費用徴収 の有無 0: 無 1: 有	受けられる (制度名) 受けられない	費用徴収 の有無 0: 無 1: 有
	⑭ 今回申請の診療月以前 1年間に高額療養費の 支給を受けた場合、その 直近の診療月、被保険者 証の記号番号	診療月 1 年 月診療分	2 年 月診療分	3 年 月診療分		
	被保険者証の 記号 - 番号	-	-			
	健康保険組合名	埼玉県医師会健康保険組合	埼玉県医師会健康保険組合	埼玉県医師会健康保険組合		
委任状 (受領を委任する ときのみ記入)	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 (請求者) 氏名 代理人 住所 氏名					
公金口座受取	<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。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 。利用しない場合は下記の欄を記入。下記に記入があった場合は下記優先)		令和 年 月 日提出 受 付			
振込の銀行名	銀行 信用金庫		支店			
口座番号	普通・当座					
フリガナ						
名義人氏名						
⑮ 市区町村長が 証明する欄	④の者には平成・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 ⑯					

※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

埼玉県医師会健康保険組合