

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 〇〇〇〇	② 事業所の名称	(医)〇〇病院	
	番号 △△△△			
③ 被保険者住所	□□□-□□□□ さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇-〇 (電話 048 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)		④ 被保険者氏名	健 保 太 郎 印
			生年月日	昭 平 〇〇年 〇〇月 〇〇日
⑤ 診 療 月	令和 1 年 5 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 健 保 太 郎 昭・平・令 〇〇年 〇〇月 〇〇日 (続柄 本人)	2 昭・平・令 年 月 日 (続柄)	3 昭・平・令 年 月 日 (続柄)	
⑧ 傷 病 名	急性胃腸炎 外傷性の傷病 の場合その理由 0: 休職中 1: その他		外傷性の傷病 の場合その理由 0: 休職中 1: その他	外傷性の傷病 の場合その理由 0: 休職中 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 (医)△△病院 所在地 さいたま市〇〇〇区〇〇-〇			
⑩ ⑨の病院等で 療養を受けた期間	1 年 5 月 1 日から (15 日間) 1 年 5 月 15 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)	100,000 円 ()	円 ()	円 ()	
⑬ ⑬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
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	
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	☐ 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。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	〇〇 銀行 △△ 支 店 信用金庫			
口 座 番 号	普通・当座 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇			
フリガナ	ケンボタロウ			
名 義 人 氏 名	健 保 太 郎			

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 印
-----------------------	--

※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