

健康保険 被保険者 高額療養費支給申請書  
家 族

( 年 月 診療分)

① 被保険者証の記号番号		② 事業所の名称		
③ 被保険者の氏名		④ 被保険者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	
⑤ 療養を受けた者の氏名	1	2	3	
⑥ 療養を受けた者の生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	
⑦ 被保険者との続柄				
⑧ 傷病名				
⑨ 療養を受けた病院・診療所等の名称、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 ⑩の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	円	円	円	
⑫ 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 ) (費用徴収の有無) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収の有無) 受けられない	受けられる (制度名 ) (費用徴収の有無) 受けられない	
⑬ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月、被保険者証の記号番号、事業所の名称、所在地及び支給を受けた保険者名	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			
	事業所名			
	所在地			
	保険者			
上記のとおり申請します。				
令和 年 月 日		被保険者の住所		
		氏名		
		㊞		

振込希望金融機関名	
金融機関名	銀行 信用金庫 信用組合 支店
種別	普通 当座
口座番号	
(フリガナ)	( )
口座名義人	

受付日付印