健康保険　高額療養費支給申請書

（　　年　　月分）

被保険者証の記号・番号	―	事業所の名称	

療養を受けた者の氏名 生年月日・続柄		続柄 昭・平　年　月　日	続柄 昭・平　年　月　日	続柄 昭・平　年　月　日
入院・外来の別		入院・外来	入院・外来	入院・外来
診療を受けた医療機関等の名称・所在地	名称			
	所在地			
院外処方せんの交付の有無		有・無	有・無	有・無
処方せんを受けた調剤薬局の名称・所在地	名称			
	所在地			
療養を受けた期間		平成　年　月　日 平成　年　月　日　日間	平成　年　月　日 平成　年　月　日　日間	平成　年　月　日 平成　年　月　日　日間
保険診療内で自己負担された額		円	円	円
他の制度から自己負担額等の支給を受けられるか		受けられる （制度名　　） 受けられない	受けられる （制度名　　） 受けられない	受けられる （制度名　　） 受けられない
傷病名				

今回申請の診療月以前１年間に３回以上、高額療養費の支給を受けている場合は直近３ヵ月の受給記録			
診療月	平成　年　月診療分	平成　年　月診療分	平成　年　月診療分
被保険者証の記号・番号	―	―	―
高額療養費該当者氏名			

７０歳以上の方で、過去１年以内に次の事項に該当された方は、番号に○をつけてください	1.「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定書」を所持された方 2.一部負担の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方

上記のとおり請求いたします。　　平成　年　月　日

〒
住所
請求者　氏名　　㊞
電話　（　　）

振込希望金融機関名	口座名義人の氏名 ﾌﾘｶﾞﾅ	銀行・信用金庫 農協・信用組合	普通・当座 口座番号
		支店	No.

※以下の欄は給付金の受取を代理人に委任する場合のみ記入してください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。 平成　年　月　日 被保険者氏名 （申請者）　㊞	代理人の氏名・印 ﾌﾘｶﾞﾅ ㊞	被保険者(申請者)との関係
		代理人の住所・電話番号 〒 電話　（　　）	

社会保険労務士提出代行者の印	㊞