

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費 世帯合算 付加金支給申請書

※記入見本※
高額な医療費がかかったとき
〔本人+家族 世帯合算〕

診療を受けた月		令和 年 月 診療分		No.	
【被保険者（申請者）情報】					
①被保険者証の記号・番号				②氏名	
記号	101	番号	55555	今近 健太	
③生年月日		平成3 年 5 月 1 日		④資格取得日	
		令和2 年 4 月 1 日			
⑤住所		〒 140-0101 東京都品川区品川オー△ーロ 品川マンション101号			
⑥日中連絡の取れる電話番号		090-5555-△△△△		⑦メールアドレス	
				kenta@gmail.comcom	
【申請内容】					
⑧受診者の	氏名	今近 健太 続柄(本人)		今近 保子 続柄(妻)	
	生年月日 受診時の年齢	平成3 年 5 月 1 日 (32 歳)		平成7 年 8 月 1 日 (30 歳)	
⑨療養を受けた医療機関・薬局の名称		品川クリニック		竹芝病院	
⑩傷病名		急性胃腸炎		椎間板ヘルニア	
⑪療養を受けた期間		令和 5 年 7 月 3 日から 同月 31 日まで		令和 5 年 7 月 15 日から 同月 21 日まで	
⑫療養を受けた日数		5 日間		7 日間	
⑬療養の種別 (いずれかに○印)		入院・外来・歯科・調剤		入院・外来・歯科・調剤	
⑭医療機関等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)		25,000 円		70,000 円	
⑮他の公的制度から医療費の 助成を受けていますか		はい・いいえ 「はい」の場合、下記に詳細をご記入ください。		はい・いいえ 「はい」の場合、下記に詳細をご記入ください。	
⑮-1 助成を受けた制度の名称					
⑮-2 自己負担分の助成の内容		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	
【振込先】					
⑯ ☐ 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。(利用しない場合は下記の欄にご記入ください。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。					
⑰金融機関名		⑱支店名		⑲口座番号(7ケタ)	
三菱UFJ銀行		五反田支店		普通 0123456	
				⑳口座名義(カナ)	
				イマチカ ケンタ	
給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望する)場合は、下記の委任状にご記入ください。					
⑳委任状	私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日				
	被保険者の 住所				
	氏名				
	代理人の 住所				
氏名					

※被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下記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。

支給印

受付印

㉒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

印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄