

## 健康保険高額療養費支給申請書

		診療月		令和 年 月分									
① 被保険者証の記号・番号		記 号		番 号									
② 事業所名													
療養を受けた方の氏名 生年月日 続 柄		1氏名		2氏名		3氏名							
		昭和 平成 令和 年 月 日		続柄	昭和 平成 令和 年 月 日		続柄	昭和 平成 令和 年 月 日		続柄			
④ 傷病名又は診療科													
⑤ 療養を受けた医療機関や薬局の名称 所在地													
⑥ ⑤の医療機関等で療養を受けた期間		年 月 日から		入院 外来		年 月 日から		入院 外来		年 月 日から		入院 外来	
		年 月 日まで		訪問 薬局		年 月 日まで		訪問 薬局		年 月 日まで		訪問 薬局	
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し医療機関等に支払った額(保険診療分)		円		円		円							
⑧ 他の制度により自己負担相当額又はその一部の支給を受けられますか		受けられる (制度名 ) (費用徴収 有 無 ) 受けられない		受けられる (制度名 ) (費用徴収 有 無 ) 受けられない		受けられる (制度名 ) (費用徴収 有 無 ) 受けられない							
⑨ 今回申請の診療月以前 12 ヶ月間に高額療養費の支給を 3 回以上受けたことがありますか。		⑩ 欄の者には、令和 年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。 令和 年 月 日		市区町村長名		印							
		<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けない											
⑪ 被保険者申請者		上記のとおり申請します。				令和 年 月 日							
		郵便番号		住所		氏 名		電 話 (日中の連絡先)					
⑫ 振込口座		金融機関コード		金融機関名		銀行 信金 信組 農協		本店 支店 出張所					
		口座名義 (フリガナ)		預金種別		支店番号		口座番号					
				普通 当 座									

\* 被保険者(申請者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑬ 委任状	被保険者(申請者)		本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日			
			住 所		〒	
	氏 名		印			
	受領代理人		住 所		〒	
			氏 名		印 (被保険者の印と別の印を押してください)	
	委任者と代理人との関係		電 話		( )	

東京金属事業健康保険組合

( 受 付 日 付 印 )