

**被保険者**  
**健康保険 被扶養者 世帯合算**

**高額療養費支給申請書** (第      回目)

◎ ◎ ◎ 診療月ごとに1枚の用紙で申請してください。  
 ◎ 健康保険適用分における自己負担額のみが対象となります。(入院時食事療養費の自己負担分は対象外です。)  
 ◎ 支給時期は、最早でも診療月の3ヶ月後の月となりますので予めご留意願います。

被保険者が記入するところ	被保険者証の記号・番号		事業所	名称				
	記号	番号		所在地				
	被保険者の (申請者)	氏名		生年月日		連絡先電話番号		
		Ⓜ		昭和 平成	年	月	日	
		連絡先住所					高額医療費資金貸付制度	
	診療月		平成      年      月					
	療養を受けた方の氏名と生年月日および被保険者との続柄		氏名		氏名		氏名	
			年      月      日生		年      月      日生		年      月      日生	
			(続柄:      )		(続柄:      )		(続柄:      )	
	傷病名							
診療を受けた病院等の	名称							
	所在地							
上記病院等で診療を受けた期間と入院通院の別		月      日から      日 (      日間、入院・通院 )		月      日から      日 (      日間、入院・通院 )		月      日から      日 (      日間、入院・通院 )		
上記期間に受けた療養に対し病院等に支払った額		円		円		円		
備考								
支払先金融機関	銀行 信用金庫 信用組合			本店 支店		預金種別	1:普通 2:当座 4:貯蓄	
	本支店コード	口座番号	口座名義人	(カタカナ)				

「支払先口座名義人」を被保険者以外の口座に希望する場合は、必ず下記受取代理人欄に記入・捺印のこと。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。			平成      年      月      日			平成      年      月      日提出
	被保険者住所 (申請者)		氏名		Ⓜ		受付日付印
	代理人の氏名と印	(フリガナ)		申請者との関係			
	代理人の住所	〒      -					

【必要な添付書類】

- 領収書のコピー
- 傷病名が、けがなどの外傷性の場合：『負傷原因届』（初回申請時のみ）
- 傷病の原因が、第三者行為による場合：『第三者行為による傷病届』（初回申請時のみ）