

負傷の原因について記入してください。

保険証の記号と番号を記入してください。

治療を受けた期間を暦月単位入院、通院別で記入してください。

合算高額療養費に該当する場合に記入してください。

健康保険 高額療養費 支給申請書

(4年5月受診分)

①被保険者証の記号・番号	950 80	②標準報酬月額	3 0 0	③事業所の名称	愛鉄工業株式会社	
④療養を受けた者の氏名・生年月日・続柄	氏名 中村 吾平 続柄 父	氏名 中村 太郎 続柄 本人	氏名	氏名	続柄	続柄
⑤傷病名	右橈骨骨折	肺炎				
⑥療養を受けた病院・診療所等所在地	愛鉄連病院 名古屋市中区五の丸1-3-5	愛鉄医院 名古屋市中村区黄金3-10				
⑦療養を受けた期間	4年5月1日から30日まで	4年5月15日から16日まで				
⑧療養費の対して支払った額	85,000 円	22,000 円				
⑨限度額適用認定を受けているかどうか	受けていない	受けていない				
⑩他制度からの自己負担額が受けられるかどうか	受けられない	受けられない				
⑪今回申請の受診月	4年5月	4年5月				

裏面の注意事項をよく読んで提出下さい。(申請書は、月毎に必要となります)

今回請求以前の1年以内に高額療養を受けた場合はその年月を記入してください。

被保険者の個人口座へ振込を希望する場合には記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

各申請書に記載されている番号(空白であれば空白)をご参照ください。

委任を希望される場合のみご記入ください。

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。(利用する場合は☑ 利用しない場合は下記の欄を記入。)

フリガナ	普通	店番	口座名義人氏名(被保険者)
フリガナ	当座	口座番号	フリガナ
フリガナ	貯蓄		氏名

市町村長が課されないことを証明する。市(区)町村長名

申請金額の受領を下記の者に委任します。被保険者氏名 中村 太郎 委任された者の 愛鉄工業株式会社 事業所名 名古屋市中区栄二丁目10番19号 代表取締役社長 愛鉄 連太郎

上記のとおり申請します。4年10月1日

被保険者(申請者)住所 名古屋市中村区黄金通一丁目18番地 被保険者(申請者)氏名 中村 太郎 TEL(052) 461-6131

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑) 被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。

備考欄

(令和4年10月1日改)

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

自己負担額について、他の制度から受けられることができる方はその制度名と費用、徴収の有無を記入してください。

非課税世帯の場合、証明書を添付するか市町村の証明をうけてください。

被保険者の住所、氏名を記入してください。

※記入誤りがある場合は、二重線で抹消し、訂正してください。修正液、修正ペン、修正テープは使用しないでください。