

健康保険

限度額適用区分変更による高額療養費
多数該当・世帯合算高額療養費

(追加)支給請求書

被 保 険 者 (申 請 者) が 記 入 す る と こ ろ	① 被保険者証の 記号・番号	—	事業所の名称					
	フリガナ			被保険者 生年月日	昭・平	年	月	日
	② 被保険者 (申請者)氏名	()		印				
	③ 被保険者(申請者) 住所電話番号	〒 ()						
	④ 所得等の種類	・ 一 般 ・ 上位所得者 ・ 非課税者等 ・ 現役並所得者						
	⑤ 療養を受けた 者の氏名(被 保険者との続 柄)	1		2		3		
		() 昭・平 年 月 日		() 昭・平 年 月 日		() 昭・平 年 月 日		
	⑥ 傷病名 (負傷の場合はその原因)	()		()		()		
	診療を受 けた医療 機関等の	名 称						
		所在地						
		入院・通院 歯科・調剤 その他	入院・通院・歯科・調剤 その他 ()		入院・通院・歯科・調剤 その他 ()		入院・通院・歯科・調剤 その他 ()	
	⑦ 療養を受けた 期間	平成 年 月 日から 同月 日まで 日間		平成 年 月 日から 同月 日まで 日間		平成 年 月 日から 同月 日まで 日間		
⑧ 上記で受けた療 養に対し医療機 関で支払った額	円		円		円			
⑨ 自己負担すべき 額の全部又は一 部について他の 制度から給付を 受けられますか	いいえ・はい↓	費用徴収	いいえ・はい↓	費用徴収	いいえ・はい↓	費用徴収		
	⇒	有	⇒	有	⇒	有		
	(制度名)	無	(制度名)	無	(制度名)	無		
⑩ 振込を希望する銀行等の名称・預金口座番号を記入してください。 (請求者又は代理人名義の口座)								
⑪ 銀行名等および 支店名	銀行		支店・本所		口座		(フリガナ)	
	金庫・農協		出張所		名義人			
信用組合		普通・当座・()		口座番号		No.		
⑫ 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。			代理人氏名・印			被保険者(申請 者)との続柄	
	平成 年 月 日			(フリガナ)				
	被保険者(申請者) 住所			氏名			印	
	氏名			代理人の住所・電話番号				
				〒 ()				

⑬ 市区町村民税が非課税の場合、非課税証明書を添付するか 市区町村で下記に証明を受けてください。	
証 明 欄	上記②の被保険者には、平成 年度の市区町村民税が 課税されていないことを証明する。 市区町村長名 印