健康保険高額療養費支給申請書

（第　　回）　（入院・通院）

生長会健康保険組合

被保険者（申請者）が記入するところ

被保険者等 記号・番号	―	所属施設名	
被保険者（申請者）の氏名 フリガナ		被保険者 生年月日	昭・平　　年　　月　　日
被保険者（申請者） の住所電話番号	☎　（　　）		
診療年月	令和　　年　　月　※必ず月（1日から末日）を単位に作成し、左記の診療月について、受診者ごと（医療機関・薬局・入院・通院別）にご記入ください。		

		1	2	3
療養を受けた者の氏名 生年月日（被保険者との続柄）		続柄	続柄	続柄
		昭・平・令　年　月　日	昭・平・令　年　月　日	昭・平・令　年　月　日
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（　　）
療養を受けた期間		令和　年　月　日から 同月　日まで 日間	令和　年　月　日から 同月　日まで 日間	令和　年　月　日から 同月　日まで 日間
上記で受けた療養に対し医療機関で支払った額		円	円	円
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 有 無 （制度名　　）	いいえ・はい↓ ⇒ 費用徴収 有 無 （制度名　　）	いいえ・はい↓ ⇒ 費用徴収 有 無 （制度名　　）

振込口座

※被保険者本人名義の銀行口座をご記入ください。

☐ 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 ☑　利用しない場合は下記の欄を記入）
注）口座情報の反映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。

預金種別	普通・当座	銀行　信用金庫 信用組合　農協	本店 支店
口座番号		口座名義 （カタカナ）	

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いたします。
令和　　年　　月　　日
被保険者（請求者）　住　所
氏　名

代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人の関係
代理人の住所及び電話番号	電話番号　（　　）	

受付年月日

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

上記の被保険者には、令和　　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

㊞

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者等記号番号を記入した場合は不要です）