

本人 高額療養費 支給申請書
 家族 一部負担還元金
 家族 家族療養付加金
 訪問看護療養付加金

【※30,500円以上で申請できます】

① 被保険者等 記号・番号		—		② 令和 年 月 診療分	
③ 事業所	名称	〒 —			
	所在地	TEL. ()			
フリガナ					④ 被保険者氏名 (預金名義人)
フリガナ					
⑤ 診療を受けた方		⑥ 本人・家族	⑦ 生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
⑧ 医療機関 <small>※必ず記入してください。</small>	名称				
	所在地	TEL. ()			
処方箋の 交付を受けた場合 は薬局の	名称				
	所在地	TEL. ()			
⑨ 区分	入院・外来 歯科・調剤・訪問看護	⑩ 日数	日	⑪ あなたが支払った額	※ 円
⑫ 他の制度により自己 負担額相当または、その 一部の支給を受けられる かどうか	受けられる (制度名)	費用徴収 の有無	⑬が受けら れる場合は	負担者番号	
	受けられない	有 無		受給者番号	
⑬ 傷病名			⑭ ⑬の傷病がケガである 時の原因 (届出が必要な場合もあります。)		
⑮ 被保険者 住所	〒 — TEL. ()				
⑯ 振込先金融機関 <u>普通預金指定</u> (被保険者名義)	銀行・ 金庫	コード		支店	コード
	普通預金	口座番号 (右詰で記入してください。)			

記入上の注意等をご覧のうえ記載してください

⑯の金融機関は必ず記入してください。

⑰ 市区町村長が 証明する欄 <small>※ 低所得者(非課税者)で 高額療養費該当者のみ記入 する。</small>	上記被保険者(申請者)には、令和 年度の 市区町村税が課されないことを証明する。 市区町村長名	⑱
--	---	---

受付日付印