

健康 保 記 入 欄	支給決定伺				支給 決定額	¥	備考
	常務理事	事務長	係長	係員			
					資格取得	昭・平 令 年 月 日	
	支給決定	令和 年 月 日	資格喪失	令和 年 月 日	診療月	令和 年 月	

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

診療月 (令和 年 月)

被 保 険 者 記 入 欄	① 被保険者 記号・番号	② 被保険者 氏名	③ 被保険者 生年月日	昭和 年 月 日 平成	
	④ 療養を受けた者の氏名	1	2	3	
	⑤ 生年月日および続柄	昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )	昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )	昭・平・令 年 月 日 続柄 ( )	
	⑥ 傷病名				
	⑦ 療養を受けた 医療機関・薬局	名称 所在地			
	⑧ 上記医療機関で療養を 受けた期間および区分	期間 区分	令和 年 月 日～日 (計: 日間) 1.入院 2.外来 3.調剤	令和 年 月 日～日 (計: 日間) 1.入院 2.外来 3.調剤	令和 年 月 日～日 (計: 日間) 1.入院 2.外来 3.調剤
	⑨ 上記期間の療養に対し 医療機関等で支払った額		円	円	円
	⑩ 他制度から自己負担すべき 額の助成を受けていますか	1.はい(制度名 ) 全額助成・一部自己負担あり 2.いいえ	1.はい(制度名 ) 全額助成・一部自己負担あり 2.いいえ	1.はい(制度名 ) 全額助成・一部自己負担あり 2.いいえ	
	⑪ 振込先 指定口座	金融機関名称	種目・口座番号	口座名義	
		農協 本店 普通 支店 貯蓄		フリガナ	
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日 被保険者 住所 〒 京都府農協健康保険組合理事長 殿 (申請者) 氏名 ㊟					

市区町村長が証明する欄
当該被保険者は令和 年度の市区町村民税が課されていないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 ㊟

受付印

添付書類

◎ なし (医療機関から健保組合に届く請求書を元に金額を算出しています。)

留意事項

- ◎ 診療月ごとに1枚の用紙で申請してください。
- ◎ 保険診療分として支払った医療費の自己負担額のみが対象となります。(入院時の食事代、室料の差額、歯科の材料差額等は対象外です。)
- ◎ 支給時期は、医療機関からの診療報酬明細書に基づいて支給決定しますので、診療を受けた月から3ヶ月以降となります。
- ◎ 被保険者本人が市町村民税非課税の場合は、市区町村長が証明する欄に証明を受けるか「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。