

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

▼申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入下さい。

被 保 険 者 情 報	記号	番号	生年月日
	被保険者証の	1 0 - 1 2 3 4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 0 3 年 1 0 月 0 1 日
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	
	住所	(〒 4 6 0 - △ △ △ △ ) 愛知 都 道 府 県 名古屋市 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □	
電話番号 (日中の連絡先)	0 5 2 ( × × × ) × × × ×		

振 込 先 指 定 口 座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 出張所 代理店 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1 1.普通 2.当座 3.別段 4.通知	口座番号 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □
	口座名義	▼カタカナで記入下さい。 姓と名の間は1マス空けて、濁点 ( ・ ) 半濁点 ( ˆ ) は1字として記入下さい。 ケンポ ハナコ	口座名義の区分 2 1.被保険者 2.代理人

▼口座名義の区分が「2.代理人」の場合は必ず受取代理人欄に記入下さい。  
「口座名義の区分」欄が「2.代理人」の場合のみご記入ください。

受 取 代 理 人 欄	被保険者	氏名 健 保 太 郎	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	令和 6 年 4 月 10 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒△△△ - △△△△ ) TEL ××× ( ××× ) ×××× 愛知県名古屋市 □ □ □ □ □ □ □ □ □ □ (フリガナ) ケンポ ハナコ	被保険者との 関係	
	氏名	健 保 花 子	妻	

社会保険労務士の提出代行者名記載欄				

受付日付印

常務理事	事務長			

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名 **健保 太郎**

① 診療月	令和 5 年 1 0 月	※左記の診療月について、受診者ごと（医療機関、薬局、入院・通院別等）にご記入ください。		
申請内容	② 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 1.被保険者 2.家族（被扶養者）	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 2.家族（被扶養者）	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 2.家族（被扶養者）
	氏名	<b>健保 花子</b>		
	家族の場合はその方の 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 8 0 5 1 0 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
③ 療養を受けた医療機関・薬局の名称	<b>〇〇〇医院</b>			
所在地	愛知県 <input type="checkbox"/>			
療養の内容について	④ 病気・ケガの別	<input checked="" type="checkbox"/> 1.病気（異常分娩含む） 2.ケガ（負傷）	<input type="checkbox"/> 1.病気（異常分娩含む） 2.ケガ（負傷）	<input type="checkbox"/> 1.病気（異常分娩含む） 2.ケガ（負傷）
	ケガの場合は負傷原因届を併せてご提出下さい。			
	療養を受けた期間	令和 年 月 日 0 5 1 0 0 2 から 0 5 1 0 0 2 まで	令和 年 月 日 から まで	令和 年 月 日 から まで
入院通院の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1.入院 2.通院・その他	<input type="checkbox"/> 1.入院 2.通院・その他	<input type="checkbox"/> 1.入院 2.通院・その他	
医療機関等での支払金額について	⑤ 支払った額のうち、保険診療分の金額（自己負担額）	<b>195,620</b> 円	円	円
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円
	⑥ 限度額適用認定証使用の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 1.有 2.無	<input type="checkbox"/> 1.有 2.無	<input type="checkbox"/> 1.有 2.無
	⑦ 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1.はい 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 1.はい 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 1.はい 2.いいえ
助成を受けた制度の名称				
はいの場合 自己負担分の助成の内容	<input type="checkbox"/> 1.全額助成 2.一部自己負担あり※	<input type="checkbox"/> 1.全額助成 2.一部自己負担あり※	<input type="checkbox"/> 1.全額助成 2.一部自己負担あり※	

※「一部自己負担あり」で医療費の助成を受けた場合、領収書の添付が必要になります。

①の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月の診療月をご記入ください。

⑧ 診療月	1 令和 5 年 9 月	2 令和 5 年 8 月	3 令和 5 年 6 月
-------	--------------	--------------	--------------

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「（非）課税証明書」の交付を受け原本を添付して下さい。

（4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。）

他の申請において、今回の申請に必要な証明または「（非）課税証明書」をすでに提出されている場合は、改めて証明を添付いただく必要はありません。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は 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	印
-------------	---------------------------------	--------	---