健康保険 高額療養費支給申請書　（令和　年　月分）

①被保険者等の記号と番号	－	②事業所の名称	
③被保険者（申請者）の氏名	ﾌﾘｶﾞﾅ	④被保険者の生年月日	昭和・平成　年　月　日
⑤被保険者（申請者）の住所	〒　－	電話（　）　－	

⑥療養を受けた方の氏名及び続柄	（続柄　）	（続柄　）	（続柄　）
⑦療養を受けた方の生年月日	昭和・平成　年　月　日 令和	昭和・平成　年　月　日 令和	昭和・平成　年　月　日 令和
⑧傷病名			
⑨療養を受けた病院等の名称及び所在地　名称			
⑨療養を受けた病院等の名称及び所在地　所在地			
⑩⑨の病院等で療養を受けた期間	年　月　日から 日まで　日間	年　月　日から 日まで　日間	年　月　日から 日まで　日間
⑪⑩の期間に受けた療養に対して病院等に支払った額	円 （　円）	円 （　円）	円 （　円）
⑫他の公的制度により自己負担相当額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 ・受けられない	・受けられる 制度名（　） 費用徴収の　有・無 ・受けられない	・受けられる 制度名（　） 費用徴収の　有・無 ・受けられない

⑬今回申請の診療月以前１年間に３回以上高額療養費の支給を受けた場合、その直近３回分の受給記録	診療月	１．平成・令和　年　月診療分	２．平成・令和　年　月診療分	３．平成・令和　年　月診療分
	被保険者証の記号番号	－	－	－
	限度額適用認定証の使用の有無	有・無	有・無	有・無

⑭	公金受取口座	□　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。 （利用する場合のみ☑、利用しない場合下記金融機関名を記入）										
	払渡希望金融機関名	銀行 信用金庫　支店										
	口座番号	1.普通預金 2.当座預金	No.								口座名義	ﾌﾘｶﾞﾅ

⑮委任状

本申請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。　令和　年　月　日

被保険者（申請者）　住所
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

代理人　住所
氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

非課税者の情報	診療月が１月から７月の場合	「診療月の**前年**１月１日時点」の住民票住所の	郵便番号　〒 市区町村名
	診療月が８月から12月の場合	「診療月の**当年**１月１日時点」の住民票住所の	郵便番号　〒 市区町村名

・被保険者等の記号番号がわからない場合にはマイナンバーを下記の備考欄へ記入してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をする添付書類が必要です。）

備考欄	

※受付日付印

神戸機械金属健康保険組合理事長殿　令和　年　月　日提出

注意事項　１．申請書は歴月ごとに作成してください。２．⑧欄の傷病名はわかる範囲で記入してください。３．⑩欄は同一月内期間を記入してください。４．⑪欄は、保険診療分として支払った金額を記入してください。保険診療分が明確でないときは、病院等で支払った金額を（）内に記入してください。⑫欄で費用徴収が「有」の場合は実際に徴収された金額を記入してください。５．被保険者（申請者）の印については、氏名を本人自ら署名した場合には押印は不要です。ただし、委任状欄の被保険者（申請者）及び代理人の印については省略できません。