極　秘　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（入院・通院）

（診療月　　年　　月分）

被保険者が記入する欄	被保険者の記号・番号	被保険者（申請者）の氏名	事業所の名称
	記号　番号		
	生年月日	被保険者（申請者）の住所・電話等	
	昭和 平成 令和　年　月　日生	〒　－　TEL.　－　－	
	療養を受けた方の氏名生年月日及び被保険者との続柄	氏名　続柄	氏名　続柄	氏名　続柄
		生年月日　年　月　日生	生年月日　年　月　日生	生年月日　年　月　日生
	傷病名			
	療養を受けた病院等の名称・所在地 名称			
	療養を受けた病院等の名称・所在地 所在地			
	上記の病院等で療養を受けた期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで （　日間）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで （　日間）	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで （　日間）
	他の公的制度から医療費の助成を受けられるかどうか	□受けられる　窓口負担（有・無） （制度名　） □受けられない	□受けられる　窓口負担（有・無） （制度名　） □受けられない	□受けられる　窓口負担（有・無） （制度名　） □受けられない
	病院等で支払った額（自己負担額）	円	円	円
	備考欄			

※振込先金融機関については、記入後記載誤りがないか再度確認をお願いします。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は備考欄に記載してください。（マイナンバーを記載した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

振込先指定口座	金融機関コード	店番号	預金種別	□普通・□当座	口座番号
	□銀行 □金庫 □組合	□本店 □支店	フリガナ		
			預金口座名義人		
	□ ホームページ記載の注意事項を確認のうえ、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。（受取代理人を指定する場合は利用できません。）				

■振込先を被保険者名義以外の口座に希望する場合は、下記の受取代理人欄の記載をしてください（被保険者・代理人の印は異なるものを押印してください。）

受取代理人欄	本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。	社会保険労務士記載欄
	被保険者（申請者）氏名　㊞ → 代理人の住所 / 氏名・印 ㊞ / 電話等	

【注意事項】

1. 申請書は、**診療月ごと**に作成してください。
2. 外傷による傷病の場合は当組合**「負傷原因届」**を添付してください。（当組合ホームページよりダウンロードできます。）
3. 今回申請された診療月以前の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か月分の診療月を記入してください。

診療月	1. 令　年　月診療分	2. 令　年　月診療分	3. 令　年　月診療分
被保険者記号番号	―	―	―
マイナ保険証等の有無	有　・　無	有　・　無	有　・　無

4. 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下の欄に市区町村長より証明を受けるか、「（非）課税証明書」の原本を添付してください。
（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、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添付）

受付日付印

※市町村長が証明する欄

当該被保険者には令和　年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 ㊞
市区町村長名