

被保険者  
被扶養者 健康保険高額療養費支給申請書  
合 算

請求される診療月を記入し、月ごとに申請書を提出してください。

※印は記入しないでください。

令和 1年 6月 2日提出

(令和 1年 5 月診療分)

※貸付金決定額			②被保険者(請求者)氏名及び住所と電話番号	健 保 一 郎 〒460-0026 名古屋市〇区〇〇町5-1 TEL(052)〇〇〇-〇〇〇〇	
①被保険者証の	記号	番号	③事業所名称	愛知県トラック運輸(株)	
	1234	567			
④療養を受けた者の氏名、生年月日及び続柄	健 保 一 郎 昭和50年 8月 20日 (本人)		健 保 三 郎 平成16年 9月 4日 (長男)		
⑤療養を受けた病院・診療所等の名称・所在地	名称	健康病院	名称	健康病院	
	所在地	名古屋市〇区〇町〇丁目1	所在地	名古屋市〇区〇町〇丁目1	
⑥傷病名	肝硬変		右足骨折		
⑦⑤の病院等で療養を受けた期間及び入院・外来の別	令和1年 5月 11日から 5月 20日まで (10)日間 (入院) ・ 外来		令和1年 5月 8日から 5月 27日まで (8)日間 入院 ・ (外来)		
⑧⑦の期間に受けた療養に対して病院等に支払った金額(自己負担額)	186,000円		45,300円		
⑨他の制度により、自己負担相当額の支給を受けられるかどうか	受けられる ( ) 受けられない ( ) 受けられる場合は制度名及び費用徴収の有無 制度名( ) 費用徴収(有・無)		受けられる ( ) 受けられない ( ) 受けられる場合は制度名及び費用徴収の有無 制度名( ) 費用徴収(有・無)		
⑩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	受けた ( ) 受けない ( )		受けたときはその直近の診療月		
			30年 7月診療分	30年 8月診療分	30年 12月診療分
⑪発病または負傷年月日	年 月 日 (曜日) 午前・午後 時頃		令和1年 5月 6日 (日曜日) 午前・午後 11時頃		
⑫発病または負傷の原因(何をしていた)	不 詳		サッカーの試合中に、相手の選手と衝突して骨折した。		
⑬負傷した場所(どこで)			愛知グラウンド		
⑭負傷したときは	出勤前・出勤途中・勤務中 休憩中・退社途中・帰宅後 休日・その他( )		出勤前・出勤途中・勤務中 休憩中・退社途中・帰宅後 休日 ( ) その他( )		
⑮交通事故・第三者行為によるもの	交通事故で	第三者行為で	交通事故で	第三者行為で	
	ある・ない	ある・ない	ある ( ) ない ( )	ある ( ) ない ( )	
⑯市区町村長が証明する欄			⑰金額の受領委任欄		
上記②欄の者には、年度の市(区)町村民税が課せられていないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名			令和1年6月1日 本請求に基づく給付金の受領を下記の者に委任します。 被保険者氏名(請求者) 健 保 一 郎 委任された者の事業所名 愛知県トラック運輸(株) 住 所 名古屋市〇区〇〇町100 氏 名 愛 知 健 一		
※所得区分	※多数該当の有無		有 ・ 無	※単独・世帯合算の別	単独 ・ 合算

④対象者が世帯で複数ある場合は、2列使用して記入してください。3件以上になる場合は、申請書を足して記入してください。

⑨該当する箇所を○で囲ってください。  
障害・母子・乳幼児などの公費負担を受けてみえる方は、制度名など記入してください。

⑩該当する箇所を○で囲ってください。

⑫負傷の原因を詳しく記入してください。

⑮交通事故による場合には、「事故発生状況報告書」・「事故証明」等を添付して下さい。

⑮第三者行為による場合には、「第三者行為による届出書」等を添付して下さい。

⑯市区町村民税が非課税の方は、非課税証明添付を添付するか、当該欄に証明を受けてください。