

本人高額療養費・一部負担還元金  
合算高額療養費・合算高額療養費付加金  
家族高額療養費・家族療養費付加金  
訪問看護療養費付加金・家族訪問看護療養費付加金

# 支給申請書

( 令和 2 年 4 月診療分 )

被保険者の  
注意事項

●●●●●  
調剤薬局での自己負担額は、処方箋をとる際に発行した医療機関の請求書に基づいて決定し、申請書に記載する必要があります。申請はできず、申請書に記載してください。

① 被保険者等 記号と番号	記号	番号	② 被保険者名		健保 一郎	
	9999	99999	③ 生年月日		昭・平 1年 7月 1日	
④ 被保険者の 住所 (請求者)	〒 103-0001 東京都中央区〇〇〇1-1-1 TEL 03(9999)〇〇〇〇					
⑤ 事業所名 (勤務先)	㈱〇×商事					
⑥ 診療を受けた 医療機関等の 名称	入院:	健保総合病院	所在地		東京都中央区〇〇〇2-2-2	
	外来:					
	薬局:					
⑦ 療養を受けた 者の 氏名	健保 一郎	続柄	本人	生年月日	昭・平 令和 1年 7月 1日	
⑧ 療養を受けた 期間	自 2年 4月 1日 至 2年 4月 30日	⑨ 傷病名	心筋梗塞		⑩ 診療区分	① 入院 2. 外来(調剤) 3. 訪問看護
⑪ ⑧の期間に 対し病院等に 支払った額	123,456 円	⑫ 市区町村から医 療費助成制度を 受けていますか	① 受けている (制度: 福祉医療) 2. 受けていない			
上記のとおり申請します。 令和 2年 6月 1日 被保険者の氏名 健保 一郎 (請求者)						

被保険者の 個人口座	銀行名	
	店番・支店名	
	種類	普通 ・ 当座
	口座番号 (右詰め)	
	フリガナ	
口座名義		

委任状	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 2年 6月 1日	
	被保険者 (請求者)	住所 東京都中央区〇〇〇1-1-1 氏名 健保 一郎
	受領代理人	住所 東京都中央区〇〇〇5-5-5 氏名 会社 太郎

※ 請求者が資格喪失している場合及び任継者は、個人口座へ振込みますので、上記の欄に記入してください。(委任状は不要です)

※ 受領代理人は、必ず事業所の受領代理人を記入してください。

※ ゆうちょ銀行の場合には、店番「通帳の記号5桁」  
支店名「漢数字の3文字」、口座番号「通帳の番号8桁」を記入してください。

受付日付印

社会保険労務士 提出代行者の印	
--------------------	--