

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		昭和 平成 令和			
	氏名・印 (フリガナ)		標準報酬月額			千円
	住所 (〒 - )		都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )					

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

振込先指定口座(被保険者口座)	金融機関 コード・名称	銀行コード: _____	銀行 金庫 信組 支店コード: _____	本店 支店 農協 漁協 出張所 その他( ) 名称: _____ 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	<input type="checkbox"/> _____
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人(健保口)の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人 (健保口情報)	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	住所 (〒 - ) TEL ( )		
	氏名・印		
	住所 (〒 - ) TEL ( )		
	氏名・印		

「申請者記入用」は2ページに続きます。

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

被保険者氏名

訂正箇所等については、被保険者(申請者)情報に押印した印と同一印で訂正ください。

申請内容	1 診療月	平成 令和 年 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。]		
	2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
療養の内容などについて	氏名	昭和 平成 令和		昭和 平成 令和		昭和 平成 令和	
	生年月日	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 年 月 日		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 年 月 日		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 年 月 日	
療養を受けた医療機関・薬局の	名称						
	所在地						
傷病名	ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。						
	療養を受けた期間	[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] から [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] まで		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] から [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] まで		[ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] から [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] まで	
入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	
	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円		円		円	
医療機関等で支払った金額などについて	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円		円		円	
	6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
はいの場合	助成を受けた制度の名称						
	自己負担分の助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	

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か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月

1 平成・令和 年 月      2 平成・令和 年 月      3 平成・令和 年 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。)

市区町村長が証明する欄

当該被保険者は平成・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

印