

(平成 令和 年 月 診療分)

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者等の(右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名	(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 ()					

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 名称: 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: 左づめでご記入ください。
	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」の場合は必ず記入ください。

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 氏名 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人(健保口情報)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※記入内容を訂正する場合は、被保険者(申請者)が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者(申請者)の氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

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

※記入内容を訂正する場合は、被保険者(申請者)が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者(申請者)の氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

申請内容	1 診療月	<input type="checkbox"/> 平成 年 月 <input type="checkbox"/> 令和			[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)	
	氏名				
	家族の場合はその方の				
	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][][][] 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][][][] 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][][][] 年 月 日	
	名称				
	所在地				
療養の内容などについて	3 療養を受けた医療機関・薬局の				
	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 [][][][][][] 年 月 日 年 月 日	[][][][][][] から [][][][][][] 年 月 日 年 月 日	[][][][][][] から [][][][][][] 年 月 日 年 月 日	
	入院通院の別	<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	
医療機関等で支払った金額などについて	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	
	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	
	助成を受けた制度の名称				
	はいの場合	<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	
	自己負担分の助成の内容				

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・令 年 月 2 平・令 年 月 3 平・令 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 市区町村長名 市区町村長税が課されないことを証明する。 (印)