

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)	2 2 7	3 5 0	昭和 平成 令和	4 8	4 5
	氏名・印 (フリガナ)	ケンボ	タロウ	標準報酬月額	4 1 0	千円
	住所 (〒 3 3 2 - 0 0 3 5 )	埼玉	都道府県	川口市西青木		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 0 4 8 ( 2 5 8 )					

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 名称	銀行コード: 0 0 1 7	銀行 金庫 信組 支店コード: 3 5 7	本店 支店
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号	9 8 7 6 5 4
	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
		名称: 埼玉りそな	名称: 川口	1 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)	上記指定口座ではなく、健保口への振り込みを指定される場合は、こちらへ記入・捺印ください。 代理人印は、健保口届出印となります。	

「申請者記入用」は2ページに続きます。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

被保険者氏名

健保 太郎

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 29年 1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 checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
療養の内容などについて	氏名	健保 太郎		
	家族の場合はその方の 生年月日	✓昭和 平成 令和 48年 4月 5日	昭和 平成 令和 年月日	昭和 平成 令和 年月日
療養を受けた医療機関・薬局の	名称	鳩ヶ谷総合病院		
	所在地	川口市南鳩ヶ谷 -		
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。	腰部脊柱管狭窄症		
	療養を受けた期間	年 月 日 29年 1月 9日 から 27日 まで	年 月 日 から まで	年 月 日 から まで
医療機関等で支払った金額などについて	入院通院の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 入院 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 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) 自己負担額が不明の場合は支払った総額	円 175,650円	円	円
療養の内容などについて	6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ
	助成を受けた制度の名称 はいの場合 自己負担分の助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 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・令 年 月

2 平・令 年 月

3 平・令 年 月

限度額認定証(高額療養費の現物給付)を使用した場合も、該当する場合があります。

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