

高額療養費及び一部負担還元金支給申請書（入院 外来）

被保険者証等 記号 番号	記号		被保険者氏名		請求者：
	番号		（請求者氏名）		
請求者住所	〒				電話番号
被保険者の勤務する（し ていた）事業所	名称				
	所在地				
療養を受けた方の氏名	1		2		3
療養をうけた方の生年 月日	昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日		昭 平 令 年 月 日
被保険者との 続柄					
傷病名					
療養を受けた 病院等	名 称				
	所 在 地				
療養を受けた期間	年 月 日 年 月 日		年 月 日 年 月 日		年 月 日 年 月 日
療養の為、病院に支払っ た額	円		円		円
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の 支給を3回以上受けた場合、その直近の診療月			年 月診療	年 月診療	年 月診療
他の制度から自己負担金相当額の支給を 受けられるか			受けられる（制度名 ） 受けられない		
振込先金融機関	銀行 信用金庫 本店 支店				
	預金種別		口座番号		口座名義人
	普通 当座				（カタカナで記入してください）

令和 年 月 日 提出

1ヶ月月ごとに申請書1枚記入してください。
領収書の写しを添付してください。