

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1 2 3	番号 4 5 6	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4 8 0 1 0 1
	氏名・印	(フリガナ) ソウコ タロウ	倉庫 太郎	倉庫 自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 100 - 1234)	東京 江東区富岡1-1-1	都 道 府 県
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 (1212) 1212 090 (1234) 5678		

振込先指定口座	金融機関 名称	ゆうちょ	銀行 金庫 信組 農協 漁協 其他 ()	110	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	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

「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。		平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()		委任者と 代理人との 関係
	氏名・印	(フリガナ)		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

備考欄	
-----	--

受付日付印
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

申請内容	1 診療月 (月単位で請求)	平成 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	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
		氏名	倉庫 花子		倉庫 花子		倉庫 花子		
	家族の場合は その方の	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>		<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>		
		生年月日	4 8 1 1 3 0 年 月 日		4 8 1 1 3 0 年 月 日		4 8 1 1 3 0 年 月 日		
	3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称	江東病院		江東病院		富岡薬局		
所在地		江東区富岡2-2-2		江東区富岡2-2-2		江東区富岡2-2-3			
療養の内容などについて	4 傷病名	腰椎椎間板ヘルニア		腰椎椎間板ヘルニア		腰椎椎間板ヘルニア			
		療養を受けた期間	(平成)年 月 日 2 9 0 1 1 0 から 2 0 まで		(平成)年 月 日 2 9 0 1 2 2 から 3 1 まで		(平成)年 月 日 2 9 0 1 2 2 から 3 1 まで		
	入院通院の別	1 1. 入院 2. 通院・その他		2 1. 入院 2. 通院・その他		2 1. 入院 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)	80,200 円		25,000 円		5,000 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	2 1. はい 2. いいえ		2 1. はい 2. いいえ		2 1. はい 2. いいえ		2 1. はい 2. いいえ		
	助成を受けた制度の名称	はいの場合		はいの場合		はいの場合		はいの場合	
	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		<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 28 年 12 月

2 平成 28 年 11 月

3 平成 28 年 10 月

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

8 同意欄

被保険者(申請者)氏名

倉庫 太郎

倉庫

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 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