

被保険者氏名

申請内容

療養の内容などについて

医療機関等で支払った金額などについて

1 診療月

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

☐

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

☐

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

☐

1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

氏名

家族の場合は
その方の

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

3 療養を受けた
医療機関・薬局の

名称

所在地

4 病気・
ケガの別

ケガ(負傷)の場合は
負傷原因届を併せて
ご提出ください。

☐

1. 病気
2. ケガ

☐

1. 病気
2. ケガ

☐

1. 病気
2. ケガ

療養を受けた期間

年 月 日

から

まで

年 月 日

から

まで

年 月 日

から

まで

入院通院の別

☐

1. 入院
2. 通院・その他

☐

1. 入院
2. 通院・その他

☐

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

円

円

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

☐

1. はい
2. いいえ

☐

1. はい
2. いいえ

☐

1. はい
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

☐

1. 全額助成
2. 一部自己負担あり

☐

1. 全額助成
2. 一部自己負担あり

☐

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

年

月

2

年

月

3

年

月

被保険者本人が住民税非課税者である場合は、自己負担限度額が軽減されます。

マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号を記入してください。

非課税者の情報

診療月が
1月～7月の場合

「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号

〒

診療月が
8月～12月の場合

「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号

〒