

交通事故等の第三者行為が理由で受診された場合は、有に○をつけてください。

健康保険 高額療養費 支給申請書

記入例

被保険者番号	申請者（世帯主）氏名		診療年月		
島1 000000	福島 太郎		令和〇年〇月		
交通事故等の第三者行為	有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>				
個人番号	療養を受けた被保険者氏名				
	生年月日	傷病名	入外		
	医療機関等名				
000000000000	福島 太郎		外来		
	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	診療報酬明細書のとおり			
	福島病院		診療報酬明細書のとおり		
同上	同上		調剤		
	昭・平・令 〇年 〇月 〇日	診療報酬明細書のとおり			
	福島薬局		診療報酬明細書のとおり		
	受診者等が同じ場合には 「同上」にて省略可能です。				
	昭・平・令 年 月 日	診療報酬明細書のとおり	円		
				診療報酬明細書のとおり	円
	昭・平・令 年 月 日	診療報酬明細書のとおり	円		
				診療報酬明細書のとおり	円
				診療報酬明細書のとおり	円
世帯主様の住所・氏名・個人番号・電話番号を記入してください。 診療月の月末時点の世帯主様が死亡している場合は、 すべて相続人様での記入になります。			申請書を提出する日を 記入してください。		
			令和〇年〇月〇日		
福島県福島市長 馬場 雄基 様					
住所 福島市五老内町3番1号					
申請者（世帯主） 氏名		個人番号			
福島 太郎		000000000000			
受取口座	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する（利用する場合は口座情報の記入不要）。 ※ご自身で公金受取口座をマイナポータル上にて登録している方に限りま <input checked="" type="checkbox"/> 振込口座を指定する。				
1:現金	金融機関コード	0123	支店コード	123	
	金融	銀行 信用金庫 信用組合 協同組合	支店名	福島	1. 普通（総合）2. <input checked="" type="checkbox"/> フリマタロウ
2:振込	金融	支店番号	0 1 2 3 4 5 6	氏名 福島 太郎	

世帯主様からの委任がある場合、

以外の方が受領する場合は、下記の委任状を記入・押印してください。

世帯主様から委任された「代理人」様の
口座へ振込することができます。委任を
する場合、世帯主様ご本人がこちらへ
記入・押印してください。委任した場合、

「振込口座」は「代理人」様の口座で
ご記入ください。

委任状

年 月 日

健康保険給付費等に関する受領を下記の代理人に委任します。

印

個人番号

氏名