

一部負担金相当額支給申請書

支給決定まで、診療月後
3か月以上かかります。

※ 領収(明細)書と療養補償証明書(全国健康保険協会用)をご添付ください。

被 保 険 者 欄	①	記 号 ・ 番 号	左づめ				—	左づめ			
	②	個 人 番 号 (マイナ ン バ ー)									記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要です。)
	③	被 保 険 者 の 氏 名 (申 請 者)	(フリガナ)								
	④	被 保 険 者 の 生 年 月 日	昭和 令和			年		月		日	
	⑤	被 保 険 者 の 住 所	郵便番号			—		電話番号 (日中の連絡先)			

以下について、医療機関・薬局ごとに記入ください。(一部負担金を支払って療養を受けたもの)									
申請内容	⑥	療養を受けた医療機関・薬局の	名 称						
			所 在 地						
	⑦	療 養 を 受 け た 期 間	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 から 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 まで				
	⑧	⑦ の 期 間 に 支 払 っ た 一 部 負 担 金 の 額	円	円	円				
	保険診療分の自己負担額をご記入ください。(入院の場合は、食事療養標準負担額(食費の本人負担)も含む。)								
容	⑨	療養補償証明書を受診の際に提出できなかった理由							
	⑩	⑦の期間の属する特 に療養の給費を 受けた療養費 の高額療養費	療養費の額 円	特定療養費の額 円	高額療養費の額 円				

⑪
振込希望口座

公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は 不要 です。
公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。		
金融機関名称	<div style="text-align: right; padding-bottom: 10px;"> 銀行 金庫 信組 信連・信漁連 農協・漁協 </div> <div style="float: right; writing-mode: vertical-rl; text-align: left; padding-top: 10px;"> 本店 支店 出張所 本所 支所 </div> <div style="clear: both;"></div> <p style="text-align: right; margin-top: 10px;">※ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。</p>	
預金種別	1:普通 2:当座	<div style="margin-bottom: 10px;">▽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。)</div> <div style="display: grid; grid-template-columns: repeat(16, 1fr); gap: 5px;"> <!-- Row 1 --> <div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div> <!-- Row 2 --> <div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div><div><div></div></div> </div>
口座番号	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 80%;"> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 20px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 20px; width: 100%;"></div> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> 口座名義 </div> </div>	

⑫ 受 取 代 理 人 の 欄	③の申請者名義以外の口座に振込を希望される場合のみご記入ください。				
	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
		氏名		住所 「被保険者欄⑤」の住所と同じ	
	代 理 人 (口 座 名 義 人)	氏名	(フリガナ)	委任者と 代理人 との関係	
住所		(〒) 電話番号 (日 中 の 連 絡 先) ()			

受 付 日 付 印

令和 年 月 日 提出

社会保険労務士の提出代行者名記載欄