

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|---|---|---|---|---|--|--|---|--|--|---|--|--|
| 被保険者(申請者)欄 | ① 記号・番号 (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 生年月日 | <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 | 年 | 月 | 日 | | | | | | | | | |
| | ⑤ 住所 | 郵便番号 | - | | | - | | | - | | | - | | |
| <input type="checkbox"/> 都 <input type="checkbox"/> 道 <input type="checkbox"/> 府 <input type="checkbox"/> 県 | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | |
|----------|---|---|--|--------------------------------|
| ⑥ 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 | <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信金 <input type="checkbox"/> 労金 <input type="checkbox"/> 信漁連 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 () | <input type="checkbox"/> 本店(本所) <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 支店(支所) | |
| | 預金種別 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 別段 | カタカナでご記入ください。 | |
| | 口座番号 | | | |
| | | | | ③の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。 |

| | | | | | | |
|-----------|------------|--------------------------------|-----------|--|----------|----------------------|
| ⑦ 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。 | | | 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) | | | 被保険者との関係 |
| | | 住所 | (郵便番号 -) | | | 電話番号 (日中の連絡先) () |

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

R8.1

受付日付印

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

船員保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書
世帯合算

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

| | | | | |
|------|---|---|---|---|
| 申請内容 | ⑧ 診療月 | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 | 月 <input type="text"/> 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。 ※申請書は月ごとに1枚(2ページ)ずつご記入ください。 | |
| | ⑨ 療養を受けた方の 氏名 | | | |
| | 生年月日 | 昭和 平成 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 昭和 平成 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | 昭和 平成 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| | ⑩ 療養を受けた 医療機関・ 薬局の 名称 | | | |
| | 所在地 | | | |
| | ⑪ 病気・ケガの別 ※ケガの場合は別紙「負傷原因届」を添付してください。 | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ | <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> ケガ |
| | ⑫ 療養を受けた期間 (別の診療月の期間の 記入はできません) | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 日まで | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 日まで | 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 日まで |
| | ⑬ 入院・通院の別 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・その他 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・その他 | <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院・その他 |
| | ⑭ ⑫の期間に支払った額のうち、 保険診療分の金額 (自己負担額) | 円 | 円 | 円 |
| | 上記の自己負担額が不明の 場合は支払った総額 | 円 | 円 | 円 |
| | ⑮ 他の公的制度から、医療費の 助成を受けているかどうか | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (制度名) | <input type="checkbox"/> 受けいない <input type="checkbox"/> 受けた (制度名) | <input type="checkbox"/> 受けない <input type="checkbox"/> 受けた (制度名) |

| | | | | |
|---|--|----------|----------|----------|
| ⑯ | ⑧の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3回以上ある場合は、最近3回分の診療月をご記入ください。 | | | |
| | 診療月 | 1 令和 年 月 | 2 令和 年 月 | 3 令和 年 月 |

被保険者本人が市区町村民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合は、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。
他の申請において、今回の申請に必要な証明または「(非)課税証明書」をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

| | | | | |
|-------------------|-------------------------------------|--|---|--|
| ⑰ 市区町村長 証明欄 | 当該被保険者は令和()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 | |