

〒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

被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費 支給申請書

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	⑦	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。 ※申請書は月ごとに1件(2ページ)ずつご記入ください。																		
	⑧	療養を受けた方の	氏名																							
			生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日	昭和 平成 令和	年	月	日															
	⑨	療養を受けた 医療機関・薬局の	名称																							
			所在地																							
	⑩	傷病名 ※ケガ(負傷)の場合は別紙「負傷原因届」を添付してください。																								
	⑪	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		年		月		日	から	令和		年		月		日	から	令和		年		月		日	から
	⑫	入院・通院の別	入院			通院・その他			入院			通院・その他			入院			通院・その他								
⑬	⑪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									
⑭	他の公的制度から、医療費の 助成を受けているかどうか	受けていない			受けた			(制度名)			受けていない			受けた			(制度名)									

⑦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。

⑮	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。

16 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