

被保険者
健康保険 被扶養者
世帯合算

高額療養費 支給申請書(別紙)

電子申請用

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

この用紙は、電子申請するときに、申請内容欄（受診者氏名や医療機関等を入力するところ）が不足した場合に使用してください。

10件目以降の医療機関等をご記入いただき、添付書類アップロード画面の「その他添付書類」にアップロードしてください。

被保険者氏名

受診者 氏名																					
(2) 受診者 生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和				<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和																
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日		
申請 内容 (3) 医療機関 (薬局) の名称																					
(4) 医療機関 (薬局) の所在地																					
(4) 病気・ ケガ の別	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ				<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ				<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ												
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	から	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	<input type="text"/>	日	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(5) 療養を 受けた 期間																					
(6) 支払額 (右づめ)	<input type="text"/> 円										<input type="text"/> 円								<input type="text"/> 円		

6 4 1 2 1 1 0 3