

ご提出先



被保険者 被扶養者 世帯合算
船員保険 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	⑧	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。															
	⑨	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												
	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。	病気	ケガ	病気	ケガ	病気	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		年		月		日から	令和		年		月		日から	令和		年		月		日まで
	⑬	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															
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	受けていない 受けた	(制度名)			受けていない 受けた	(制度名)			受けていない 受けた	(制度名)												

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。

⑯	診療月	1	令和	年	月	2	令和	年	月	3	令和	年	月
---	-----	---	----	---	---	---	----	---	---	---	----	---	---

情報照会	非課税等	<input type="checkbox"/>	被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合(記入例参照)には、左記に☑を入れてください。 ただし、非課税であっても、「低所得」にならない場合(記入例参照)は、☑は不要です。
	「非課税等」に☑された方は、高額療養費算出のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。 診療月が 1月 ~ 7月 の場合: 前年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号 診療月が 8月 ~ 12月 の場合: 本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号		
	被保険者 郵便番号	<input type="text"/>	
希望しない	<input type="checkbox"/>	マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、左記に☑を入れてください。 希望しない場合には、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。	