

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	被保険者証	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒 -)		都 道	府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()						
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)							

事業主に委任する場合は振込先指定口座の記入は不要です。

振込先 指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼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。)	
	<input type="text"/>		口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

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（申請者）情報」の住所と同じ
	住所	(〒 -) TEL ()	
	代理人 (口座名義人)	(フリガナ)	
	氏名		委任者と 代理人との 関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

京都自動車健康保険組合 (R0403)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

常務 理事	総務 課長	課長 補佐	担当者

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名

申請内容	1 診療月	年 月 日	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。		
	2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）	
		氏名			
	家族の場合はその方	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
	3 療養を受けた医療機関・薬局	名称			
所在地					
療養の内容などについて	4 傷病名	ケガ（負傷）の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。			
	療養を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	
	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険診療分の金額（自己負担額）	円	円	円	
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円	
他の公費から、医療費の助成を受けていますか	6	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	助成を受けた制度の名称				
はいの場合	自己負担分の助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	

1 の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月

1	年 月	2	年 月	3	年 月
---	-----	---	-----	---	-----

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～③のいずれかの方法により申出を行ってください。

①「（非）課税証明書」原本の添付

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「（非）課税証明書」を市区町村から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「（非）課税証明書」を添付ください。

②市区町村長からの証明

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より証明を受けてください。

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は 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
-------------	---------------------------------	--------	---

※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。

③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望

被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の住民票住所	(〒 -)
------------	--------

※平成28年8月～平成29年7月診療分は、平成28年1月1日の住所を、平成29年8月～平成30年7月診療分は平成29年1月1日の住所を記入してください。