

記入例

被保険者証の記号・番号	1111	2222	生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
				5	0	0	1
被保険者(申請者)氏名	(フリガナ) ウンユ タロウ	被保険者証の記号・番号を記入した					
	運輸 太郎	被保険者のマイナンバー					
被保険者(申請者)住所 電話番号 (日中の連絡先)	(〒	****	神戸市中央区	町	×	×	×
	TEL (-	×	×	×	×

申請内容	診療月	令和 3 年 1 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。]		
	受診者	①被保険者 2:家族(被扶養者)	1:被保険者 2:家族(被扶養者)	1:被保険者 2:家族(被扶養者)	1:被保険者 2:家族(被扶養者)
	氏	運輸 太郎			
家族の場合 はその方の	生年月	昭和 平成 令和	年	月	日
		5	0	0	1
療養を受けた 医療機関等	名	病院			
	所在	神戸市中央区 町×××			
療養の内容などについて	病気・ケガの別 ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を 併せてご提出ください	①:病気(異常分娩含む) 2:ケガ(負傷)	1:病気(異常分娩含む) 2:ケガ(負傷)	1:病気(異常分娩含む) 2:ケガ(負傷)	1:病気(異常分娩含む) 2:ケガ(負傷)
	療養を受けた期間	令和 3 年 0 月 1 日 から 3 年 1 月 1 日 まで	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで
	入院通院の別	①:入院 2:通院・その他	1:入院 2:通院・その他	1:入院 2:通院・その他	1:入院 2:通院・その他
医療機関等で支払った金額などについて	保険診療分の自己負担額	135,680 円	円	円	円
	他の公的制度から、医療費の 助成を受けていますか	1:はい ②:いいえ	1:はい 2:いいえ	1:はい 2:いいえ	1:はい 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	1:全額助成 2:一部自己負担あり	1:全額助成 2:一部自己負担あり	1:全額助成 2:一部自己負担あり
	限度額適用認定証(限度額適 用・標準負担額減額認定証)使 用の有無	1:有 ②:無	1:有 2:無	1:有 2:無	1:有 2:無

一部負担金ありの場合、領収書の添付が必要になります。

多数該当	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。
1:有 ②:無	診療月 1 令和 年 月 2 令和 年 月 3 令和 年 月

振込指定口座	金融機関 名称	(銀行) 本店 (金庫) ××× (支店) (農協) 出張所
	預金種別	①:普通 2:当座 3:別段 口座番号 1 1 1 1 1 1 1 1
	口座名義人	(フリガナ) ウンユ タロウ 運輸 太郎
社会保険労務士氏名等		

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。	
	住所	令和 年 月 日
	被保険者 (申請者) 氏名	
	住所	被保険者 との関係
代理人	(フリガナ)	
	氏名	

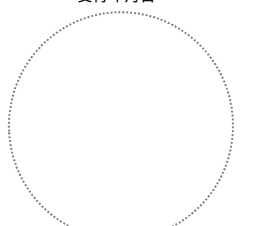
低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下 - のいずれかの方法により申出を行ってください。

「(非)課税証明書」原本の添付
被保険者本人が市区町村住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」を添付してください。

市区町村長からの証明
被保険者本人が市区町村住民税非課税者の場合は、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 当該被保険者は平成・令和 年度の
証明する欄 市区町村住民税が課されないことを証明する。令和 年 月 日 市区町村長名
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。

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
1月~7月診療分は前年1月1日、8月~12月診療分は同年1月1日の住所を記入してください。

受付年月日



兵庫県運輸業健康保険組合