



記号・番号

—

被保険者氏名

被保険者(申請者)記入用

申請内容

1 診療月  
(要元号記入)

年

月

[ 下記の欄には、左記の診療月について病院(歯科含む)・薬局等を記入またはマルをしてください(入院と通院は分けて記入)。 ]

2 受診者

氏名

家族(被扶養者)  
の場合はその方の

生年月日

1. 被保険者  
2. 家族(被扶養者)☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和     

年 月 日

1. 被保険者  
2. 家族(被扶養者)☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和     

年 月 日

1. 被保険者  
2. 家族(被扶養者)☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和     

年 月 日

3 療養を受けた  
医療機関・薬局の

名称

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

同月 日まで

診療実日数 日間

入院通院の別

1. 入院  
2. 通院・その他

年 月 日から

同月 日まで

診療実日数 日間

1. 入院  
2. 通院・その他

年 月 日から

同月 日まで

診療実日数 日間

1. 入院  
2. 通院・その他5 支払った額のうち、保険  
診療分の金額(自己負担額)

円

自己負担額が不明の場合は  
支払った総額

円

6 他の制度から、医療費  
の助成を受けていますか

1. いいえ 2. はい

はいの場合

・子ども医療費助成  
・ひとり親医療費助成  
・重度心身障害者医療  
費助成 等助成を受けた  
制度の名称自己負担分の  
助成の内容1. 全額助成  
2. 一部自己負担あり

1. いいえ 2. はい

1. 全額助成  
2. 一部自己負担あり

1. いいえ 2. はい

1. 全額助成  
2. 一部自己負担あり

上記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

8 多数該当

無 ・ 有

9 単独・合算  
の別

単独 ・ 合算

10 第三者行為  
有の場合は負傷届提出

無 ・ 有

11 所得区分等

1: 標準報酬月額83万円以上

2: 標準報酬月額53万~79万円

3: 標準報酬月額28万~50万円

4: 標準報酬月額26万円以下

5: 住民税非課税(下記参照)

6: ひとり親家庭

※被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下記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。

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

組合  
処理  
欄

算 出 額

円