

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

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名・印	(フリガナ) ----- <input type="text"/>		自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 -) 都 道 府 県		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

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 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/>	左づめでご記入ください。
	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。)		口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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・印	<input type="text"/>	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) ----- 氏名・印	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。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 (被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です)	<input type="text"/>
--	----------------------

(19.05)
受付日付印

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	<input type="text"/>
-----------------------	----------------------

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

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

※月単位(1日から末日)でご記入ください。
月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

申請内容	1 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。]		
	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の	<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			
3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称			名称			
	所在地			所在地			
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。			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	(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	<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			
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円			円			
自己負担額が不明の場合は支払った総額	円			円			
6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	<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	<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			
自己負担分の助成の内容							

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 令和 年 月

2 令和 年 月

3 令和 年 月

被保険者本人が市区町村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。)

市区町村長が証明する欄 当該被保険者は令和 年度の 市区町村長名
市区町村民税が課されないことを証明する。

印

【添付書類】

- ・ケガ(負傷)の場合・・・「負傷原因届」
- ・第三者の行為による傷病の場合・・・「第三者の行為による傷病届」
- ・他の公的制度から医療費の助成を受けている場合・・・「助成を受けた診療についての、医療機関からの領収書のコピー」