

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

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名

医療機関等から協会へ請求のあった診療報酬明細書(レセプト)により確認できた、本申請の支給(合算)対象となる診療等の自己負担額を全て合算して、支給額を算出します。

① 診療年月	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	→	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。		
受診者氏名	<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 受診者生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
医療機関(薬局)の名称	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
③ 医療機関(薬局)の所在地	<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>
④ 病気・ケガの別	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ		<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ		<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ
⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円

「①診療年月」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、「①診療年月」以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。

⑦ 診療年月	<input type="text"/> 1 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 2 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
--------	---	---	---

⑧ 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(記入の手引き参照)には、左記に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
情報照会	「⑧非課税等」に <input checked="" type="checkbox"/> 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 詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。
⑨ 被保険者郵便番号(ハイフン除く)	<input type="text"/>
⑩ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

6 4 1 2 1 1 0 1