



全国健康保険協会 船員保険部

船員保険

被保険者

船員保険

被扶養者

世帯合算

高額療養費 支給申請書

高

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

被保険者 (申請者) 欄	① 記号・番号 (左づめ)												
	② 個人番号 (マイナンバー)												
	電子申請をご利用の際は、マイナンバーを記入せず、記号・番号をご記入ください。												
	③ 被保険者の氏名 (申請者)	(フリガナ)											
	④ 生年月日	[昭和] [平成] [令和]			年		月		日				
	⑤ 住所	郵便番号				—				電話番号 (日中の連絡先)	()		

⑥ 振込希望口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1. 希望する <input type="checkbox"/> 2. 希望しない	→ 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。
	公金受取口座の利用について「2. 希望しない」を選択された場合は、以下振込先情報をご記入ください。		
	金融機関名称	[銀行] [信金] [労金] [信漁連] [農協] [漁協] [その他] ()	[本店(本所)] [出張所] [代理店] [支店(支所)]
	預金種別	[普通] [当座] [別段]	カタカナでご記入ください。
	口座番号		ゆうちょ銀行の場合は漢数字3文字です。

⑦ 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 「被保険者欄⑤」の住所と同じ	
	代理人 (口座名義人)	氏名 住所	(フリガナ)	被保険者との 関係	
	(郵便番号 — 住所)	電話番号 (日中の連絡先)	()		

ご提出先

〒102-8016 東京都千代田区富士見2-7-2 ステージビルディング14階
全国健康保険協会 船員保険部

R8.1

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

受付日付印



被保険者

船員保険

被扶養者

世帯合算

高額療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

支給決定まで診療月後3か月以上かかります。

申請内容	⑧ 診療月	令和	年	月	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。 ※申請書は月ごとに1枚(2ページ)ずつご記入ください。			
	⑨ 療養を受けた方の 氏名								
		生年月日	[昭和] [平成] [令和]	年	月	日	[昭和] [平成] [令和]	年	月
	⑩ 療養を受けた 医療機関・ 薬局の 名称								
		所在地							
	⑪ 病気・ケガの別 ※ケガの場合は別紙「負傷原因届」を添付してください。	[病気]	[ケガ]	[病気]	[ケガ]	[病気]	[ケガ]		
	⑫ 療養を受けた期間 (別の診療月の期間の 記入はできません)	令和	□ 年 □ 月 □ 日 □ 日まで	令和	□ 年 □ 月 □ 日 □ 日まで	令和	□ 年 □ 月 □ 日 □ 日まで		
	⑬ 入院・通院の別	[入院]	[通院・その他]	[入院]	[通院・その他]	[入院]	[通院・その他]		
	⑭ ⑫の期間に支払った額のうち、 保険診療分の金額 (自己負担額)	円			円			円	
	⑮ 上記の自己負担額が不明の 場合は支払った総額	円			円			円	
	⑯ 他の公的制度から、医療費の 助成を受けているかどうか	[受けていない] [受けた] (制度名))			[受けいない] [受けた] (制度名))		

⑯	⑧の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3回以上ある場合は、最近3回分の診療月をご記入ください。											
	診療月	1	令和	年	月	2	令和	年	月	3	令和	年

情報照会	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(記入例参照)には、左記に□を入れてください。 ただし、非課税であっても、「低所得」にならない場合(記入例参照)は、□は不要です。	
	「非課税等」に囲された方は、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			
	被保険者 郵便番号	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
	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□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。	