

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**

1

2

ページ



被保険者記入用

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	被保険者証の (左づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名・印	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。			
	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 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	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

「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	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。	平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	
	被保険者との 関係		

「被保険者記入用」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記入不要です) ▶

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号

協会使用欄

6 4 1 1 1 1

1

受付日付印

(28.10)

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

1

2

ページ

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	1 診療月	平成 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)	
療養の内容などについて	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"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
	生年月日	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	年 月 日				
3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称				
	所在地				
4 傷病名 <small>ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。</small>	傷病名				
	療養を受けた期間	(平成) 年 月 日 から <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		(平成) 年 月 日 から <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	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)	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	1. はい 2. いいえ	<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				
	自己負担分の助成の内容	<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※	
7 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	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無		<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要になります。

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。

8 診療月

1 平成 年 月

2 平成 年 月

3 平成 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。)
 ※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

当該被保険者は平成 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

様式番号

6 4 1 2 1 0