

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。

被保険者記入用



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、黒のボールペン等を使用し、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"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和			
	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) ※ハイフン除く	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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <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	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。		年	月	日
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和		
	氏名・印	〒	TEL(ハイフン除く)	被保険者との関係		
	住所	(フリガナ)	<input type="checkbox"/> 印			

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	印
-----------------------	---

様式番号

協会使用欄

6 4 1 1 6 6

1

(2020.9)

受付日付印

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**

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。

被保険者氏名

申請内容

療養の内容などについて

医療機関等で支払った金額などについて

① 診療月

年 月

1.平成

2.令和

[診療月が複数ある場合は、診療月(1ヵ月)ごとに申請書が必要です。]

② 受診者

1. 被保険者
 2. 家族(被扶養者)

1. 被保険者
 2. 家族(被扶養者)

1. 被保険者
 2. 家族(被扶養者)

氏名

家族の場合は
その方の

生年月日

1.昭和 2.平成 3.令和

年 月 日

1.昭和 2.平成 3.令和

年 月 日

1.昭和 2.平成 3.令和

年 月 日

③ 療養を受けた
医療機関・薬局の

名称

所在地

④ 病気・ケガ
の別

ケガ(負傷)の場合は
負傷原因届を併せて
ご提出ください。

1. 病気(異常分娩含む)
 2. ケガ(負傷)

1. 病気(異常分娩含む)
 2. ケガ(負傷)

1. 病気(異常分娩含む)
 2. ケガ(負傷)

療養を受けた期間

年 月

1.平成

2.令和

日 日

~

年 月

1.平成

2.令和

日 日

~

年 月

1.平成

2.令和

日 日

~

入院通院の別

1. 入院
 2. 通院・その他

1. 入院
 2. 通院・その他

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

円

円

自己負担額が不明の場合は
支払った総額

円

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

1. はい
 2. いいえ

1. はい
 2. いいえ

はいの場合

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. 全額助成
 2. 一部自己負担あり※

1. 全額助成
 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

1. 有
 2. 無

1. 有
 2. 無

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

年 月

1.平成

2.令和

2

年 月

1.平成

2.令和

3

年 月

1.平成

2.令和

被保険者本人が市区町村住民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村住民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、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 1.平成 年度の 市区町村長名

市区町村住民税が課されないことを証明する。

印

様式番号

6 4 1 2 6 5

※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。