

# 高額療養費支給申請のポイント

記入誤りや添付書類もれ等で、申請書をお返りするケースが増えています。スムーズにお支払いをするために、特にご注意いただきたいポイントをお伝えします。

## 1ページ目

申請書は診療月ごとに1.2ページともご記入ください

被保険者情報※	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の(左づめ)	21700023	21	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成	010	510
氏名・印	(フリガナ)	キョウカイ タロウ		自署の場合は押印を省略できます。		
		協会 太郎		協会		

受診者がご家族(被扶養者)の場合も、被保険者の氏名・生年月日をご記入ください

健康保険被保険者証

家族(被扶養者) 01111 平成26年6月25日交付

記号 21270023 番号 21

氏名 協会 花子

生年月日 昭和26年10月1日

性別 女

志生 平成26年6月1日

被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称  株式会社

保険者番号 01101100116

保険者名称 全国健康保険協会  支部

保険者所在地  市  区  町  一  丁

## 2ページ目

①～⑦まで記入漏れのないようご記入ください

被保険者氏名 **協会 太郎**

申請内容	① 診療月	平成 30 年 12 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	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	協会 花子		
	家族の場合はその方の	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	生年月日	261001		
	名称	△△総合病院		□□薬局
	所在地	神戸市中央区〇〇		神戸市中央区●●
③ 療養を受けた医療機関・薬局の	④ 病気・ケガの別	1. 病気(異常分婉含む) 2. ケガ(負傷)	1. 病気(異常分婉含む) 2. ケガ(負傷)	1. 病気(異常分婉含む) 2. ケガ(負傷)
療養を受けた期間	(平成)年 月 日	301207 から 25 まで	301216 から 26 まで	301216 から 26 まで
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	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)	57,600 円	24,000 円	5,800 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	2. はい 2. いいえ	2. はい 2. いいえ	2. はい 2. いいえ	
助成を受けた制度の名称				
はいの場合	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 診療月をご記入ください。

2 受診者がご家族(被扶養者)の場合は、ご家族の氏名・生年月日をご記入ください。

3 「療養を受けた期間」は月をまたがって記入していませんか。暦月(1日～末日)単位での申請となります。

4 限度額適用認定証を利用した医療機関分があれば、その分もご記入ください。

マイナンバーの情報連携により被保険者の課税情報を確認したい場合は、貼付台紙を添付してください。その場合、本人確認書類として、番号確認書類+身元確認書類の貼付が必要です。

※マイナンバーの記載が必要な方については、記入の手引きをご確認ください。