

被保険者
健康保険被扶養者
世帯合算

高額療養費支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者証の	記号	番号	生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
				<input type="checkbox"/> 令和			
氏名	(フリガナ)						
住所	(〒 -)			都	道		
				府	県		
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 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 2. 当座	口座番号		左づめでご記入ください。
	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. 申請者 2. 代理人

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は 利用しない場合は上記の欄を記入。)
注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

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(申請者)情報」の住所と同じ					
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒 -)	TEL	()	委任者と 代理人との 関係		
		(フリガナ)						
	氏名							

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 _____

(2023.4)

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	1 診療月	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)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)			
		氏名 家族の場合はその方の 生年月日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称 所在地							
療養の内容などについて	4 傷病名	ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。 療養を受けた期間		年 月 日 から 年 月 日 まで		年 月 日 から 年 月 日 まで		年 月 日 から 年 月 日 まで	
	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		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他			
医療機関等で支払った金額などについて	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			
療養の内容などについて	6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	<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		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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	<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		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり			

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。

7 診療月

1

年 月

2

年 月

3

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。)

市区町村長が証明する欄

当該被保険者は令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名

印