

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

常務理事	係 員	係 員

被保険者（申請者）情報

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 	番号 	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 	
氏名	(フリガナ) 		生年月日	☐ 昭和 年 月 日 ☐ 平成 ☐ 令和
住所	(〒 -) (都 道 府 県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

振込先指定口座

☐ 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 ☒ 利用しない場合は下記の欄を記入。）
注）口座情報の反映には登録から数日を要します。

金融機関 名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 その他 () 本所 支所	
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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。 	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.10)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

被保険者氏名

申請内容	1 診療月	令和 年 月 日			〔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）							
	家族の場合は その方の	氏名													
		生年月日			☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日										
	3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称													
	連絡先														
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			令和 年 月 日			令和 年 月 日			令和 年 月 日					
				から 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					
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				
	自己負担額が不明の場合は 支払った総額						円						円		
	6 他の公的年金から、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						

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

被保険者本人が住民税非課税者である場合は、自己負担限度額が軽減されます。
マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号を記入してください。

非課税者の情報	診療月が 1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒		-	
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒		-	