

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	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 1 1	1 2 3 4 5		
	氏名	(フリガナ) キョウアイ ハナコ		生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
	住所	(〒 804 - 0092) 福岡		年 月 日 6 2 9 8	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 093 (871) 6151	都 道 府 県 北九州市戸畑区 小芝2-2-6-201号室			

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	〇〇 銀行 金庫 信組 〇〇 本店 支店 農協 漁協 出張所 本所 支所 その他 ()			
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7	
	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。 キ ョ ウ ア イ ハ ナ コ			

「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

共愛 花子

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

令和 6 年 1 月 13 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

2

1. 被保険者
2. 家族（被扶養者）

氏名

共愛 ○○

家族の場合は
その方の

生年月日

28 8 7
年 月 日

1. 被保険者
2. 家族（被扶養者）

昭和 平成 令和

年 月 日

1. 被保険者
2. 家族（被扶養者）

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

○○病院

連絡先

093-000-0000

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。

虫垂炎

療養を受けた期間

令和 年 月 日
6 1 13 から
1 8 まで

入院通院の別

1

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)
自己負担額が不明の場合は
支払った総額

72,000 円

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

2

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

〒