

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(申請者)情報	事業所番号	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 1 9 9		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和			
	氏名・印	(フリガナ)			自署の場合は押印を省略できます。		
	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 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	<input type="checkbox"/>	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

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・印	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)	(〒 -) TEL () 住所 (フリガナ) 氏名・印	委任者と 代理人との 関係

- ※ 1. 被保険者証の番号を記入しない場合のみ、備考欄に個人番号を記入してください。
- ※ 2. 備考欄に個人番号を記入した場合、次の対応をお願いします。
 - ① 事業主経由で提出 >>> 事業主確認欄に番号および本人の確認を行った担当者が押印
 - ② 本人が直接提出 >>> 番号確認および本人確認のための添付書類が必要

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

備考	事業所 個人番号 照会者	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	□平・□令 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	<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	□昭和・□平成・□令和 [] [] [] [] [] [] 年 月 日	□昭和・□平成・□令和 [] [] [] [] [] [] 年 月 日	□昭和・□平成・□令和 [] [] [] [] [] [] 年 月 日
療養の内容などについて	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称		
	所在地			
	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	□平成・□令和 年月日 [] [] [] [] から [] [] まで	□平成・□令和 年月日 [] [] [] [] から [] [] まで	□平成・□令和 年月日 [] [] [] [] から [] [] まで
医療機関等で支払った金額などについて	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
	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 他の公的年金から、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
助成を受けた制度の名称				
はいの場合	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 □平・□令 年 月

2 □平・□令 年 月

3 □平・□令 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 当該被保険者は平成 年度の 市区町村長名 市区町村民税が課されないことを証明する。

印