

被保険者
健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書
世帯合算

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 一郎

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

□平・☒令 5年10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)

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

6 6 1 6
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

所在地

〇〇 病院

△△ 総合病院

4 傷病名

ケガ(負傷)の場合は
負傷原因を併せて
ご提出ください。

〇〇〇〇 病

△△△△ 病

療養を受けた期間

□平成・☒令和 年月日

0 5 1 0 0 1 から
3 1 まで

□平成・☒令和 年月日

0 5 1 1 0 1 から
3 0 まで

□平成・□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

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

3 0,000 円

円

3 000 000 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 □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
市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印