

高額療養費支給申請書 記入例

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

- ① 記号・番号は「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書（保険証）」に記載されています。
- ② 家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）
- ③ 振込先を事業主へ委任する場合は、チェックしてください。
- ④ ①の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

被保険者 健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書		1 2	
世帯合算		被保険者(申請者)記入用	
①	記号・番号 9 8 7 6 5 4 3 2 1	④	
②	氏名 ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日 ☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 〇〇 〇 〇	
③	住所 (〒 110 - 0000) 東京 墨田区〇〇 電話番号 TEL 090 (1234) 〇〇〇〇 1-2-3 □□マンション×××号		
☐ 申請金額の算出を事業主へ委任します。（委任する場合は※事業主へ委任する場合、下記口座欄の記入は不要です。）			
⑤	金融機関 名称 〇〇〇〇 〇〇〇〇	支店 〇〇〇〇	
⑥	預金種別 普通 ☐ 定期 ☐ 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		
⑦	口座名義 (カタカナ) ケンポ タロウ		
⑧	ゆうちょ 記号 1 〇 ※ ☐ 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		

※通帳の記載がある方のみご記入ください

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

【添付書類】

療養のあった月の属する年度（月）から翌年の（月）分の区市町村税が非課税の場合は被保険者の非課税証明書

被保険者用欄	支給金額	円	診療月		入院	点	歯科	点
	高額療養費	円	年	月	外果	点	調剤	点
	一部負担還元金 高額療養費付加金	円	高額回数		回目	計	点	

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行署名記載欄

高額療養費支給申請書 記入例

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

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容	5 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・郵送)にご記入ください。]		
	6 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2 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	健保 花子	健保 花子		
		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	
3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称	△△総合病院	〇〇薬局			
	所在地	東京都△△区〇〇×××	東京都△△区〇〇×××			
療養の内容について	4 傷病名	関節リウマチ		関節リウマチ		
	療養を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 〇〇 1 0 0 2 から 3 1 まで	年 月 日 から 年 月 日 〇〇 1 0 0 2 から 3 1 まで	年 月 日 から 年 月 日		
	入院通院の割	2 1. 入院 2. 通院・その他	2 1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他		
	8 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	141,800 円	7,400 円	円	円	
9 療養を受けた 経費の内容	1. はい 2. いいえ	2 1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ			
10 療養を受けた 経費の内容	1. 全額自己負担あり 2. 一部自己負担あり	1. 全額自己負担あり 2. 一部自己負担あり	1. 全額自己負担あり 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、自己負担総額が軽減されます。

マイナンバーを活用して非課税証明書の送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	10 診療月が 1月～7月の場合	「診療月の直近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	「診療月の直近1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒	□□□□	-	□□□□

日本自動車部品工業健康保険組合

2/2

⑤ 月（１日から末日）を単位としてご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入して申請はできません。

⑦ 打撲、骨折、捻挫等の外傷性の場合は、別途「負傷原因届」の提出が必要となります。
傷病の原因が第三者の行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。
詳しくは、医療施設課にお問い合わせください。

⑨ 受診された方が「乳幼児」「ひとり親家庭」などで、市区町村から医療費助成を受けている場合は、その制度名をご記入ください。

また、医療機関の窓口での自己負担がない場合は、「全額助成」に、自己負担がある場合は、「一部自己負担あり」に○を付けてください。

注1：診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「（非）課税証明書」が必要です。

* ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。