

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

1

2

被保険者(申請者)記入用

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)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) _____		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 _____ )	都 道 府 県	年 月 日	<input type="text"/>
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( _____ )				
本請求金額の受領を事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> ) ※事業主に委任する場合、下記口座欄の記入は不要です。					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( _____ )			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
	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。			
	ゆうちょ	記号	1 <input type="text"/> <input type="text"/> 0 ※ <input type="text"/>	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>

※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[8月から翌年の7月]分の区市町村民税が非課税の場合は被保険者の非課税証明書

健 保 使 用 欄	支給金額	円	診療月	入院	点	歯科	点
	高額療養費	円	年 月	外来	点	調剤	点
	一部負担還元金 家族療養費付加金	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

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	令和 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 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	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 生年月日 年 月 日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日			
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	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで			
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						
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	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		
	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	<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 令和 年 月

2 令和 年 月

3 令和 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 〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
	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 〒	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>