

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**

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)にご記入ください。]
6 2 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	氏名 健保 花子	
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×××	所在地 東京都△△区〇〇××	
4 傷病名	関節リウマチ	関節リウマチ	
	療養を受けた期間 〇〇/〇〇/〇〇 2 31	療養を受けた期間 〇〇/〇〇/〇〇 2 31	
8 支払った額のうち、(保険料分の金額(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	
9 療の公的助成から、医療費の減額を受けていますか	2 1. はい 2. いいえ	2 1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
	はいの場合	はいの場合	
1. 診療月以前1年間で、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。			
10 課税申告の情報	診療月が1月～7月の場合	「診療月の出生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	「診療月の出生1月1日時点」の住民票住所の郵便番号 〒	□□□□-□□□□

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。)

- 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。
- 6 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。
- 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。
- 8 保険診療分の金額をご記入ください。差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などは含めません。
- 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。
- 10 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に郵便番号をご記入いただくか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
 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。
 注2：診療を受けた月が7月までは「前年度分」、8月以降は「当年度分」となります。

* 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。