

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**



※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。

申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)			<input type="checkbox"/>	1.昭和 2.平成 3.令和	
	氏名 (フリガナ)					
住所	〒		都:道 府:県			
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	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) (代理店) (出張所) (本店営業部) (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
	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.被保険者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	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。	年	月	日
		氏名・印	<input type="checkbox"/>	1.平成 2.令和	
		住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ		
	代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)		
	住所				被保険者 との関係
	(フリガナ)				
	氏名・印				

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄  
被保険者証の記号番号がご不明の場合にご記入ください。  
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。  
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

▶

(2020.9)  
受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

様式番号  協会使用欄

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**

被保険者記入用

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名

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

年 月

1.平成

2.令和

[診療月が複数ある場合は、診療月(1ヵ月)ごとに申請書が必要です。]

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

年 月 日

③ 療養を受けた  
医療機関・薬局の

名称

所在地

④ 病気・ケガ  
の別

ケガ(負傷)の場合は  
負傷原因届を併せて  
ご提出ください。

1.病気(異常分娩含む)  
 2.ケガ(負傷)

1.病気(異常分娩含む)  
 2.ケガ(負傷)

1.病気(異常分娩含む)  
 2.ケガ(負傷)

療養を受けた期間

年 月

1.平成

2.令和

日 日

~

年 月

1.平成

2.令和

日 日

~

年 月

1.平成

2.令和

日 日

~

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)

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 他の公的制度から、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※

⑦ 限度額適用認定証(限度額適用・標  
準負担額減額認定証)使用の有無

1.有  
 2.無

1.有  
 2.無

1.有  
 2.無

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。

⑧ 診療月

1  1.平成       年 月

2  1.平成       年 月

3  1.平成       年 月

2.令和

被保険者本人が市区町村住民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村住民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、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。)

他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区町村長が  
証明する欄

当該被保険者は  1.平成      年度の 市区町村長名

市区町村住民税が課されないことを証明する。

印

様式番号

6 4 1 2 6 5

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要になります。