

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

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	生年月日
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日
	氏名 (フリガナ)	事業所名	
	住所 (〒 -)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		
<input type="checkbox"/> 高額療養費の受取については事業主に委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>) ※在職中の方は事業主への委任払いにご協力願います。			

受取代理人の欄 (事業主への委任欄)	被保険者(申請者)	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。 令和 年 月 日
	受取代理人 (事業所の事業主様)	事業所所在地 事業所名称 事業主氏名
		委任者と受取代理人との関係

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> その他
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号 <input type="text"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	(フリガナ)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 受取代理人

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄 <input type="text"/>
<ul style="list-style-type: none">・被保険者の記号番号を記入した場合は、マイナンバーの記載は不要です・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

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	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 □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 所在地						
療養の内容などについて	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。			年 月 日			
	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		
医療機関等で支払った金額などについて	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		
はいの場合	6 他の公的制度から、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		
	助成を受けた 制度の名称	<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		<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

年 月

2

年 月

3

年 月

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～③のいずれかの方法により申出を行ってください。

①「(非)課税証明書」原本の添付
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から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(非)課税に関する証明書を、8月から翌年3月診療分については、当年度の(非)課税に関する証明書を添付してください。

②市区町村長からの証明
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より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 年度の 市区町村長名 (印)

市区町村民税が課されないことを証明する。

※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書を、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。

③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望
被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の住民票住所 (〒 -)

※前年8月～当年7月診療分は、前年1月1日の住所を、当年8月～翌年7月診療分は当年1月1日の住所を記入してください。