

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 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 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			年 月 日			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					
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								
	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		<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

市区町村民税が課されないことを証明する。

印

※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。

【記入例】

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	999	番号	999	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	被保険者証の				氏名	ケンポ タロウ 健保 太郎	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇			事業所名	株式会社〇〇〇	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇〇			〇〇市〇〇区〇〇町〇-〇-〇		
<input checked="" 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☑) ※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	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	受取代理人 (事業所の 事業主様)	事業所所在地	△△市△△区△△町〇-〇-〇	
	事業所名称	株式会社〇〇〇		委任者と 受取代理人 との関係
	事業主氏名	代表取締役	△△ 〇〇	
			雇用主	

振込指定口座 (委任の場合は事業主口座)	金融機関 名称	2	〇〇〇	銀行	〇〇〇	本店	支店
	預金種別	1	1. 普通 2. 当座	信用金庫		その他	
	口座番号	1234567		左づめでご記入ください。			
口座名義	(フリガナ) カブシキガイシャ マルマルマル			口座名義 の区分	2	1. 申請者 2. 受取代理人	
	株式会社〇〇〇						

「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

- ・被保険者証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

【記入例】

被保険者
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 **健保 太郎**

申請内容	1 診療月	3 年 3 月 7 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	1 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 氏名 健保 太郎 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 氏名 健保 花子 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 氏名 健保 花子 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
療養の内容などについて	3 療養を受けた医療機関・薬局の	4 名称 〇〇病院 所在地 〇〇市〇〇区〇〇町 〇-〇-〇	4 名称 △△病院 所在地 △△市△△区△△町 〇-〇-〇	4 名称 △△調剤薬局 所在地 △△市△△区△△町 〇-〇-〇
	4 傷病名	5 ろっ骨骨折 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 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで	5 肺炎 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで	5 肺炎 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日から <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日まで
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)自己負担額が不明の場合は支払った総額	6 182,000 円	36,000 円	5,800 円
	6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	7 はい 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	7 はい 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	7 はい 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

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 **8** **1** 令和 2 年 8 月 **2** 令和 2 年 10 月 **3** 令和 3 年 2 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。

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

【記入上の注意】

1

- 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記入してください。
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。住所・振込先も同様です。ただし、生年月日欄は被保険者の生年月日を記入してください。
- 相続人が請求する場合、被保険者との続柄がわかる【戸籍謄本】等を添付してください。

2

- ゆうちょ銀行の口座へ振込みを希望する場合は、従来の口座番号(記号・番号13桁)ではなく、振込専用の店名(漢字3文字)と預金種目・口座番号を記入してください。

金融機関 名称	ゆうちょ	銀行 信用金庫 その他	一二三	支店 その他	
預金種別	1 1.普通 2.当座	口座番号	1234567	左つめてご記入ください。	
口座名義	ケンポ タロウ 健保 太郎			口座名義 の区分	1 1.申請者 2.受取代理人

3

- 高額療養費の申請について、月(1日から末日)を単位に記入してください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

4

- 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けて記入してください。

5

- 傷病名が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は【負傷原因届】を併せて提出してください。第三者による傷病の場合は、【第三者行為による傷病届】を添付してください。

6

- 医療機関等で支払った額のうち保険診療分の金額(差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事療養費標準負担額などを除いた額)を記入してください。
- 保険診療分の金額が明確でないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段に記入してください。

7

- 公的医療制度から医療費の助成をうけ、窓口負担が減額されている人は、助成をうけた診療についての、医療機関からの領収書のコピーを添付してください。

8

- 今回申請の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3ヶ月以上ある場合、直近の3ヶ月分の診療月を記入してください。