

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

※支給決定まで、受診月後3か月以上かかります。

※申請者様：書き損じ等により訂正される場合は、**訂正印の押印が必要です。** 押印が無い場合は返戻しますのでご注意ください。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日	年 月 日	
	健康保険 (右づめ)	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-collapse: collapse; font-size: small; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-collapse: collapse; font-size: small; margin-bottom: 5px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-collapse: collapse; font-size: small; margin-bottom: 5px;" type="text"/>
	氏名 記入日	(フリガナ)			以下のことおり、健康保険高額療養費の支給を申請します。 記入日 令和 年 月 日
	住所	(〒 一)		都道府県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

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 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 3. その他 ()	口座番号 <input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-collapse: collapse; font-size: small; margin-bottom: 5px;" type="text"/>
口座名義	<input style="width: 100%; height: 20px; border: none; border-collapse: collapse; font-size: small; margin-bottom: 5px;" type="text"/>		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。



受取代理人の欄	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
	氏名				住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	(〒 一) TEL ()			委任者と 代理人との 関係	
	住所 (フリガナ)				
	氏名				

添付書類について

- ① 個人振込を希望される場合は、口座番号を明らかにできる書類
- ② 領収書のコピー
- ③ 被保険者死亡による相続人からの申請で、当組合の被扶養者でない場合は、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄	受付日付印
備考欄	

※健康保険の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

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

※支給決定まで、受診月後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

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。

1 診療月

令和

年

月

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）

家族の場合は
その方の

氏名

□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

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

令和

□ 年 □ 月 □ 日

令和

□ 年 □ 月 □ 日

令和

□ 年 □ 月 □ 日

から

から

から

□ 日

□ 日

□ 日

まで

まで

まで

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

円

円

円

はいの場合

助成を受けた
制度の名称

1. はい

2. いいえ

1. はい

2. いいえ

1. はい

2. いいえ

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

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

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、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。)

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

市区町村長の証明を受ける場合は、公印の押印が必要です
なお、訂正される場合は訂正印が必要ですのでご注意ください。