

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。

被保険者(申請者)記入用

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。

届書(申請書)は、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(申請者)情報
被保険者証の(左づめ) 記号 番号 生年月日 年 月 日
氏名・印 (フリガナ) 印
住所 (〒 -) 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 銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 出張所 本所 支所 その他 ()
預金種別 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 1. 申請者 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(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。 平成 年 月 日
代理人(口座名義人) 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
住所 (〒 -) TEL ()
(フリガナ) 氏名・印 委任者と代理人との関係

「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 印

受付日付印 (26. 7)

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**

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	① 診療月	平成 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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/>				
	生年月日	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	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。			
	療養を受けた期間	(平成) 年 月 日 から <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(平成) 年 月 日 から <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	(平成) 年 月 日 から <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	まで <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
	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	
	助成を受けた制度の名称				
	はいの場合	<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	
	自己負担分の助成の内容				

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要です。

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 平成 年 月

2 平成 年 月

3 平成 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

当該被保険者は平成 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

様式番号

6 4 1 2 1 0