

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	被保険者証の (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>		
				<input type="checkbox"/> 平成			
				<input type="checkbox"/> 令和			
	氏名・印	(フリガナ)					
	住所	(〒	—	)	都	道	
					府	県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )							

①もしくは②いずれかを記入してください

①受取委任状	本申請に基づく給付金に関する受領を被委任者(事業所)に委任します。(押印省略不可)	
	氏名	<input type="text"/> <input type="text"/>
		印

②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 出張所 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 <input type="text"/>
	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.申請者 2.代理人
			左づめでご記入ください。

「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。		令和	年	月	日
		氏名・印	<input type="text"/> <input type="text"/>	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)	住所	(〒	—	)	TEL	(
		(フリガナ)					
	氏名・印	<input type="text"/> <input type="text"/>	印				
			委任者と代理人との関係				

(20/3)

受付日付印

「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

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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 年 月 日	
	名称				
	所在地				
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				
	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	[ ][ ][ ][ ][ ][ ] から [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 年 月 日 まで	[ ][ ][ ][ ][ ][ ] から [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 年 月 日 まで	[ ][ ][ ][ ][ ][ ] 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 他の公的年金から、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				

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

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

当該被保険者は令和 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