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。

1 2

被保険者（申請者）記入用

高

申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入してください。

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日
被保険者等の（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 年 月 日
氏　名	（フリガナ）		
住　所	（〒　　－　　）		都 道 府 県
電話番号（日中の連絡先）	TEL　　（　　）		

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。（委任する場合は☑）

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	□ 1．普通 3．別段 2．当座 4．通知	口座番号	左づめでご記入ください。
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）	（〒　　－　　）　TEL　　（　　） 住所 （フリガナ） 氏名	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。〉〉〉

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・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

被保険者のマイナンバー記載欄

（07.4）

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

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		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。	
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			
	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 病気・ケガの別	ケガ（負傷）の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。	□ 1. 病気（異常分娩含む） □ 2. ケガ（負傷）	□ 1. 病気（異常分娩含む） □ 2. ケガ（負傷）	□ 1. 病気（異常分娩含む） □ 2. ケガ（負傷）
療養を受けた期間		（令和）年 月 日 から まで	（令和）年 月 日 から まで	（令和）年 月 日 から 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
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		□ 1. はい □ 2. いいえ	□ 1. はい □ 2. いいえ	□ 1. はい □ 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	□ 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 市区町村民税が課されないことを証明する。	市区町村長名	印