

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 昭和 平成
氏名 (フリガナ)
住所 電話番号 (日中の連絡先)
本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

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) 住所 (フリガナ) 氏名
委任者と代理人との関係

事業主へ委任の場合：健保組合へ登録してある口座への入金の場合には、下記は記載不要

振込先指定口座
金融機関名称 銀行 金庫 信組 本店 支店 出張所 本所 支所
農協 漁協
その他( )
預金種別 1.普通 3.別段 口座番号 左づめでご記入ください。
2.当座 4.通知
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。)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名(サイン)をご記入ください。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保組合使用欄

受付印

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)
	家族の場合は その方の	氏名		
	3 療養を受けた 医療機関・薬局の	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
医療機関等で支払った金額などについて	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	名称		
	療養を受けた期間	所在地		
	入院通院の別	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで	令和 年 月 日 から 令和 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
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 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	当該被保険者は令和 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
-------------	----------------------------------	--------	---

ご記入いただいた内容を訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容との申請者の氏名(サイン)をご記入ください。

医療機関・薬局等欄が不足の場合には、「申請者記入用」を必要分記載の上提出してください。