

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	昭和 平成 令和 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	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 から	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 から			
	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			
	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			
医療機関等で支払った金額などについて	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。