

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

1 2
被保険者(申請者)記入用

※支給決定まで、受診月後3か月以上かかります。

被保険者(申請者)情報	健康保険 (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="text"/>	<input type="text"/>				
				<input type="checkbox"/> 平成	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
	氏名 記入日	(フリガナ)	以下のとおり、健康保険高額療養費の支給を申請します。					記入日	令和	年	月
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 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 2. 当座 3. その他 ()	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。)	
	<input type="text"/>	口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 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)	委任者と 代理人との 関係			
	氏名						

- 添付書類について
- ① 個人振込を希望される場合は、口座番号を明らかにできる書類
 - ② 領収書のコピー
 - ③ 被保険者死亡による相続人からの申請で、当組合の被扶養者でない場合は、相続人であることが確認できる「戸籍謄本」等

「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	
備考欄	

受付日付印

※健康保険の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

健康保険被扶養者世帯合算 高額療養費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

※支給決定まで、受診月後3か月以上かかります。

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	<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)	
療養の内容などについて	家族の場合はその方の 氏名 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	
	3 療養を受けた医療機関・薬局の 名称 所在地				
	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	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 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	
はいの場合	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 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、この欄に市区町村民税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 市区町村長名 市区町村民税が課されないことを証明する。

印

市区町村長の証明を受ける場合は、公印の押印が必要です