

健康保険被保険者
被扶養者
世帯合算

被保険者
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)情報

被保険者証の (右づめ)	記号 	番号 	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
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

被保険者ご本人の口座に限ります

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 申請者

「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

(R4.6)

受付日付印

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

被保険者氏名

申請内容

療養の内容などについて

医療機関等で支払った金額などについて

1 診療月

年 月 日

〔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)

氏名

家族の場合は
その方の

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

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

年 月 日 から
年 月 日まで

年 月 日 から
年 月 日まで

年 月 日 から
年 月 日まで

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

5 支払った額のうち、保険
診療分の金額(自己負担額)
自己負担額が不明の場合は
支払った総額

円

円

円

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

☐ 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

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
市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名

印