

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 申請者 情報	記号 番号	記号 番号	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください		
	記号・番号 (左づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	氏名	(フリガナ) -----	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
	住所	(〒      -      )	都 道 府 県	<input type="checkbox"/> 平成	<input type="checkbox"/> 令和
電話番号 (日中の連絡先)	TEL (      )				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )					

振込先 指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。				
	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	普通	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	
口座名義 (カタカナ)	▼上記申請者と同じ名義の口座を記入してください。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"/>				

「申請者記入用」は2ページに続きます。&gt;&gt;&gt;

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

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 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	<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)
	氏名			
	家族の場合はその方の	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] 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
療養の内容などについて	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 [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] から [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] まで 年 月 日 年 月 日		
	入院通院の別	<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		
	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		

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

被保険者本人が住民税非課税者である場合は、自己負担限度額が軽減されます。  
マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号を記入してください。

非課税者の情報

診療月が  
1月～7月の場合

「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号

〒 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]

診療月が  
8月～12月の場合

「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号

〒 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]