

記入例

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)	1 2 3 4	5 6 7 8			
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	☒ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年 月 日	5 0 0 1 0 1
	住所	(〒 453 - 0015)	愛知 都府県	名古屋市中村区椿町3番21号		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 052 (451) 0291				
	☒ 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	□ 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☑ 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)		
	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。			

※低所得者区分での申請を希望される方のみ申請が必要です。
その他の方につきましては、自動払いを行っておりますので
申請は不要です。

低所得者とは、市区町村民税の非課税者・免除者、自己負担限度額の低い高額療養費の支給があれば生活保護の要保護者とならない人。
なお、市区町村民税の非課税者等であっても、標準報酬月額53万円以上の場合は低所得者区分に該当しない。

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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

健保 太郎

申請内容

1 診療月

6 年 12 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

2 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

健保 花子

家族の場合は
その方の

生年月日

5 0 0 3 0 3
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

〇〇病院

所在地

名古屋市〇〇区〇〇町〇番地

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。

〇〇〇症

療養を受けた期間

0 6 1 2 0 1 から
2 0 まで
年 月 日

年 月 日 から
まで

年 月 日 から
まで

入院通院の別

1 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

100,000 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 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

〇〇制度

自己負担分の
助成の内容

2 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

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

〒 453 - 0015