

記入例

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	被保険者証の(右づめ)	記号 1 2 3 4	番号 5 6 7 8	生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 5 0 0 1 0 1
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			
	住所	(〒 453 - 0015) 愛知 都道 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			
<input checked="" 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	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 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

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)	住所 (フリガナ) 氏名	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.6)

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	4 年 1 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 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 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	氏名	健保 花子						
	生年月日	5 0 0 3 0 3 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	〇〇病院						
		所在地	名古屋市〇〇区〇〇町〇番地						
	4 傷病名	〇〇〇症							
	ケガ(負傷)の場合は 負傷原因届を併せて ご提出ください。	年 月 日	〇 4 0 1 0 1 から						
	療養を受けた期間	2 0 まで							
	入院通院の別	1 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 入院 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 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)	100,000 円							
	自己負担額が不明の場合は 支払った総額								
	6 他の公的年金から、医療費 の助成を受けていますか	1 <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい 2. いいえ			
	助成を受けた 制度の名称	〇〇制度							
	はいの場合 自己負担分の 助成の内容	2 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		<input type="checkbox"/> 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
-------	-------	-------	-------

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①~③のいずれかの方法により申出を行ってください。

①「(非)課税証明書」原本の添付
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。
※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「(非)課税証明書」を添付ください。

②市区町村長からの証明
被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より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
-----------------	---------------------------------------	--------	---

※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。

③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望
被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の 住民票住所	(〒 -)
----------------	--------