

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			
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	1 2 3 4	1 2 3 4 5 6 7			
	氏名 (フリガナ)	ケンポ ハナコ		生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
		健保 花子			<input type="checkbox"/> 平成	6 1 0 4 1 5
住所	(〒 123 - 4567 )	東京	都道府県	港区〇〇1-1 〇〇マンション101		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 03 ( 1230 ) 4567					
<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	〇〇 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)	1 2 3 4 5 6 7		
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。 ケンポ゜ ハナコ					

「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

**健保 花子**

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 checked="" 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	氏名 健保 太郎	氏名 健保 太郎	氏名 健保 太郎	氏名 健保 太郎
	家族の場合はその方の 生年月日 ○○/○○/○○	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ○○/○○/○○	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ○○/○○/○○	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 ○○/○○/○○
療養の内容などについて	名称 ○○医院	名称 ○○医院	名称 ○○医院	名称 ○○医院
	所在地 ○○県○○市○○-○	所在地 ○○県○○市○○-○	所在地 ○○県○○市○○-○	所在地 ○○県○○市○○-○
療養の内容などについて	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。 ○○○	傷病名 ○○○	傷病名 ○○○	傷病名 ○○○
	療養を受けた期間 ○○/○○/○○ から ○○/○○/○○ まで	療養を受けた期間 ○○/○○/○○ から ○○/○○/○○ まで	療養を受けた期間 ○○/○○/○○ から ○○/○○/○○ まで	療養を受けた期間 ○○/○○/○○ から ○○/○○/○○ まで
医療機関等で支払った金額などについて	入院通院の別 <input checked="" 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	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他
	支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) ○○○ 円	支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) ○○○ 円	支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) ○○○ 円	支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) ○○○ 円
医療機関等で支払った金額などについて	自己負担額が不明の場合は支払った総額 ○○○ 円	自己負担額が不明の場合は支払った総額 ○○○ 円	自己負担額が不明の場合は支払った総額 ○○○ 円	自己負担額が不明の場合は支払った総額 ○○○ 円
	他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
医療機関等で支払った金額などについて	はいの場合 助成を受けた制度の名称 ○○○	はいの場合 助成を受けた制度の名称 ○○○	はいの場合 助成を受けた制度の名称 ○○○	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 <input checked="" 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	<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

〒 [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]