

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 ※本人確認書類の添付が必要です		
	被保険者等 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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	住所	(〒 - )	(都 道 府 県)	年	月 日
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。(会社経由で提出する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ( )	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 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。	
<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"/> 利用しない場合は上記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。通常の振込より支給日が遅れますのでご了承ください。			

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	私は下記を代理人と定め、次の権限を委任する。 年 月 日に申請した高額医療費のうち、金 円 の受領 に関すること。 年 月 日 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) および振込指定口座	住所 氏名 銀行 支店 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> 普通 (口座名義人 )

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

決裁	常務理事	事務長	担当者	

支払日付印	受付日付印
-------	-------

支給額	円	資格取得	年 月 日	
支給 内訳	本人 高額	円	資格喪失	年 月 日
	家族 高額	円	標準報酬月額	千円(第 級)

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

申請内容	1 診療月	年 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	<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 生年月日	<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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称 所在地							
療養の内容などについて	4 傷病名								
	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	<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			
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		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<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		<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。

70歳未満の対象者は所得区分「オ」、70歳～74歳の対象者は「低所得Ⅱ」の認定が受けられます。  
該当期間の非課税証明書をこの申請書に添付してください。