令和8年11月更新

健康保険 被保険者 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

被保険者等記号・番号（左づめ）	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
氏名	（フリガナ）	生年月日　□ 昭和 □ 平成 □ 令和　年 月 日
住所	（〒　　ー　　）　都 道 府 県	
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）	

□ 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☑）

振込先指定口座

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。		

□ 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 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）および振込指定口座	住所 氏名 ＿＿＿＿銀行 ＿＿＿＿支店 当座 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	

書類受領印	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）	

ナイスグループ健康保険組合

健康保険 被保険者 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		□ 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）
家族の場合はその方の	氏名			
	生年月日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 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			
	所在地			
4 傷病名				
療養の内容などについて 療養を受けた期間		年 月 日 から まで	年 月 日 から まで	年 月 日 から まで
入院通院の別		□ 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
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
6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか		□ 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			
	自己負担分の助成の内容	□ 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

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。