

記入見本

被保険者  
健康保険被扶養者 **高額療養費** 支給申請書

1

2

高額療養費に該当される場合は、この申請書を提出することで給付が受けられます。対象者へは受診の約2~3ヶ月後を目安に健保組合よりご案内させていただきます。

※マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。  
※「被保険者等記号・番号」を記入した場合は、マイナンバーは記入しないでください。

被保険者(申請者)情報	記号・番号 (左づめ)	5 0 0 1	1 2 3 4				
	氏名 (フリガナ)	ケンポ タロウ 健保 太郎			生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日 0 1 0 2 0 3
	住所	(〒 123 - 4567 )	神奈川県 神奈川 府 県		***市 ***区 ***町 1-2-3 ***マンション 456号室		
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 000 ( 123 ) 4567					
<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☑)							

振込先指定口座	金融機関名称	*****	<input checked="" type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 <input type="radio"/> その他 ( )	*****	<input checked="" type="radio"/> 本店 <input checked="" type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
	預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	0 0 0 0 0 0 0	
	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° タロウ			
<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☑ 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。					

※被保険者口座を記入してください。

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。				
	代理人(口座名義人) および振込指定口座	住所 氏名	_____年_____月_____日 住所「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ _____銀行 _____支店 <input type="radio"/> 当座 <input checked="" type="radio"/> 普通 _____ (口座名義人)			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

健保組合使用欄(記入しないでください)

決裁	常務理事	事務長	担当者		支払日付印	受付日付印
支給内訳	支給額	円	資格取得	年 月 日		
	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	令和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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<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)	
療養の内容などについて	氏名 健保 合子	氏名 健保 合子	氏名 健保 合子		
	家族の場合は その方の 生年月日 011201 年 月 日	家族の場合は その方の 生年月日 011201 年 月 日	家族の場合は その方の 生年月日 011201 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 健康総合病院	名称 ナイス薬局	名称 ナイス薬局		
	所在地 神奈川県横浜市鶴見区 鶴見中央 714	所在地 神奈川県横浜市鶴見区 鶴見中央 999	所在地 神奈川県横浜市鶴見区 鶴見中央 999		
療養の内容などについて	4 傷病名 肝機能障害	傷病名 肝機能障害	傷病名 肝機能障害		
	療養を受けた期間 年 月 日 061205 から 31 まで	療養を受けた期間 年 月 日 061205 から 05 まで	療養を受けた期間 年 月 日 から まで		
療養の内容などについて	入院通院の別 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	入院通院の別 <input checked="" type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	入院通院の別 <input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 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 130,800 円	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 40,500 円	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 円		
医療機関等で支払った金額などについて	6 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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	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"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	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		
	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 type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	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 type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	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 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 令和6年 1月      2 令和6年 2月      3 令和6年 8月

※該当しない場合は記入不要です

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。