

# 健康保険 高額療養費 支給申請書

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 記号 番号	事業所 の名称	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、下記へ記載してください。 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。		
	氏名 (フリガナ)	生年月日		年	月
	住所 (〒 - )	都道 府県		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )				

申請内容	1 診療月	令和 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"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者)	
	家族の場合は その方の	氏名	氏名	氏名	
		生年月日	昭平令 年 月 日	昭平令 年 月 日	昭平令 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	4 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。				
	療養を受けた期間	月 日 から 月 日 まで	月 日 から 月 日 まで	月 日 から 月 日 まで	
	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(その他)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(その他)	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 通院(その他)	
支払った金額など	5 保険診療分の金額 (自己負担額)	円	円	円	
	不明な場合は支払った総額	円	円	円	
6 他の公的制度 から、医療費 の助成を受け ていますか	助成制度の名称	<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	
	助成内容	<input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 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。

1 令和 年 月      2 令和 年 月      3 令和 年 月

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行 (口座をお持ちの方はご協力ください)	金融機関コード	<input type="text"/>	支店コード	<input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> 三菱UFJ銀行以外を指定	銀行 金庫 組合		本店 支店 出張所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 当座 <input type="checkbox"/> その他 ( )	口座 番号	<input type="text"/>	口座 名義	(フリガナ) <input type="text"/>

被保険者(申請者)以外の口座へ振込希望の場合のみ下記「受取代理人の欄」へご記入ください。

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	上記住所欄と同じ
	代理人 (口座名義人)	氏名 (フリガナ)	委任者と 代理人との 関係	
		住所 (〒 - )	TEL ( )	

受付日付印

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。(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課税に関する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
-----------------	---------------------------------------	--------	---