

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

被保険者(申請者)情報	被保険者証の 記号・番号		生年月日	昭和 平成 令和	年	月	日
	氏名						
	住所	(〒) TEL ()					

申請内容	診療年月	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]					
	受診者の 氏名・続柄・生年月日	氏名	続柄	氏名	続柄	氏名	続柄
		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	
	療養を受けた医療機関・ 薬局の名称・所在地	名称		名称		名称	
		所在地		所在地		所在地	
	傷病名	☐ 病気(異常分娩含む) ☐ ケガ ※負傷原因届を添付 【傷病名】 ()		☐ 病気(異常分娩含む) ☐ ケガ ※負傷原因届を添付 【傷病名】 ()		☐ 病気(異常分娩含む) ☐ ケガ ※負傷原因届を添付 【傷病名】 ()	
	療養を受けた期間	令和 年 月 日から 日まで ☐ 入院 ☐ 通院 ☐ その他		令和 年 月 日から 日まで ☐ 入院 ☐ 通院 ☐ その他		令和 年 月 日から 日まで ☐ 入院 ☐ 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		円		円	
他の公的制度から医療費の助成を受けていますか	☐ はい 助成を受けた制度の名称 【 】 自己負担分の助成の内容 ☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり ☐ いいえ		☐ はい 助成を受けた制度の名称 【 】 自己負担分の助成の内容 ☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり ☐ いいえ		☐ はい 助成を受けた制度の名称 【 】 自己負担分の助成の内容 ☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり ☐ いいえ		

※当該申請月より前1年間に、高額療養費に該当する月が3ヶ月以上ある場合、直近3ヶ月分の診療年月をご記入ください。

診療年月	令和 年 月	令和 年 月	令和 年 月
------	------------------	------------------	------------------

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下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
-------------	---

振込先指定口座	☐ 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。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。				
	銀行	本店	預金種別	口座番号(左づめでご記入ください)	口座名義(カタカナ)
	金庫	支店	1.普通		
	農協	出張所	2.当座		

受取代理人の欄	被保険者	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	
	代理人 (口座名義人)	(〒) TEL () 住所 フリガナ 氏名	