

健康保険 本人・家族・合算 高額療養費支給申請書 記入例

1カ月の自己負担額が一定の額（自己負担限度額）※を超えた場合、申請ができます。1カ月単位で申請してください。
※自己負担限度額はホームページで確認してください。

■必要書類

●領収書の写し

窓口負担額を確認するため領収書の写しを添付してください。紛失等により添付できない場合は不要です。

1ページ

① 被保険者の情報を正確に記入してください。
被保険者が亡くなられたの申請の場合は、申請される方の氏名、住所を記入してください。
(振込口座も同様です。)

② 高額療養費の申請は、月(1日から末日)を単位に記入してください。
月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けて記入してください。

金額は医療機関等で支払った額のうち、保険診療分の金額(差額ベッドなどの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額)を記入してください。

③ **・公金受取口座を利用する場合**
✓を記入してください。(口座情報の記入は不要)
※マイナポータル等で事前登録が必要です。

・公金受取口座を利用しない場合
振込を希望する口座を通帳を確認しながら、正確に記入してください。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種別・口座番号をご記入ください。

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	
被保険者証の記号・番号	1 2 3 3 2 1 0	生年月日	昭和 40 年 5 月 20 日 令和
氏名	健保 太郎		
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) 名古屋市〇〇区〇〇町1-1 △△マンション101 TEL 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
診療年月	令和 2 年 1 0 月		
受診者の氏名・続柄・生年月日	氏名 健保 太郎 続柄 本人 昭和 40 年 5 月 20 日	氏名 健保 太郎 続柄 本人 昭和 40 年 5 月 20 日	氏名 健保 花子 続柄 妻 昭和 43 年 11 月 18 日
療養を受けた医療機関・薬局の名称・所在地	名称 〇〇病院 所在地 名古屋市〇〇区〇〇町△-△	名称 ◇◇薬局 所在地 名古屋市〇〇区〇〇町◇-◇	名称 △△病院 所在地 名古屋市〇〇区〇〇町X-X
傷病名	病名(異常分焼含む) ☒ ケガ ※負担原因届を添付 【傷病名】 (〇〇〇症)	病名(異常分焼含む) ☒ ケガ ※負担原因届を添付 【傷病名】 ()	病名(異常分焼含む) ☐ ケガ ※負担原因届を添付 【傷病名】 (〇〇〇骨折)
療養を受けた期間	令和 2 年 10 月 5 日から 20 日まで ☐ 入院 ☒ 通院 ☐ その他	令和 2 年 10 月 5 日から 20 日まで ☐ 入院 ☒ 通院 ☐ その他	令和 2 年 10 月 10 日から 15 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)	25,000 円	3,560 円	84,560 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 2 年 1 月	令和 2 年 5 月	令和 2 年 8 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該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		
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 〇〇〇〇 本店 〇〇〇〇 支店 〇〇〇〇 出張所 〇〇〇〇	預金種別 1.普通 2.当座	口座番号(左4桁) 1234567 口座名義(カタカナ) ケンポ タロウ
受取代理人の欄	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 被保険者 氏名 代理人(口座名義人) 住所 (〒 -) TEL () 氏名		

※

※ 被保険者(申請者)以外の方へ支払を希望される方は、必ず「受取代理人の欄」を記入してください。

■添付書類

以下に該当する場合に添付してください。

傷病がケガ(負傷)の場合	「健康保険 負傷原因届」※ 【当該ケガ(負傷)にかかる初回申請時のみ】
第三者の行為による傷病の場合	「第三者の行為による傷病届」※ 【当該傷病にかかる初回申請時のみ】
被保険者が亡くなり、家族の方が申請する場合	被保険者と続柄がわかる「戸籍謄本」等

※ホームページから印刷できます。