

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等を確認しながら、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	
被保険者等 記号・番号	123	3 2 1 0	生年月日 令和 50 年 9 月 22 日
氏名	健保 太郎		
住所	(〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇) TEL 〇〇〇 (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		
診療年月	令和 6 年 1 0 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 健保 太郎 続柄 本人 昭和 50 年 9 月 22 日	氏名 健保 太郎 続柄 本人 昭和 50 年 9 月 22 日	氏名 健保 花子 続柄 妻 昭和 56 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-
診療名	〇〇〇〇症	〇〇〇〇病	〇〇〇〇骨折
療養を受けた期間	令和 6 年 10 月 5 日から 20 日まで	令和 6 年 10 月 5 日から 15 日まで	令和 6 年 10 月 10 日から 15 日まで
支払った額の55%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	<input type="checkbox"/> はい 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"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 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"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい 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"/> 全額助成 <input type="checkbox"/> 一部自己負担あり <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
診療年月	令和 6 年 1 月	令和 6 年 5 月	令和 6 年 8 月
市区町村長が証明する欄	当該被保険者は令和 年度の市区町村長が誤らないことを証明する。 市区町村長名		
振込先指定口座	<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。公金受取口座が正しく登録されているかご確認ください。 振込先指定口座は上記被保険者(申請者)と同じ名義の口座に限り、注)受取代理人の口座に振込を指定する場合は別途委任状が必要です。		
〇〇〇〇	〇〇〇〇	1:2:3:4:5:6:7	ケンポ タロウ

③ 被保険者(申請者)以外の方へ支払を希望される方は、必ず「委任状」が必要です。

■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
被保険者以外の口座に支払いを希望する場合	「委任状」※ (診療月ごとに委任が必要です)
被保険者本人が市区町村民税非課税の場合	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

※ホームページから印刷できます。