

健康保険被保険者
被扶養者
世帯合算

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

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	記号 	番号 	記号番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください 	
氏名	(フリガナ) -----		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 年 月 日
住所	(〒) (都 道 府 県)			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)				

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。

金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()		本店 支店 出張所 本所 支所
預金種別	普通	口座番号 (左づめ)	
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。 		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

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

被保険者氏名

申請内容

療養の内容などについて

医療機関等で支払った金額などについて

1 診療月

年 月 日

〔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

☐ 1. 被保険者
☐ 2. 家族(被扶養者)

☐ 1. 被保険者
☐ 2. 家族(被扶養者)

☐ 1. 被保険者
☐ 2. 家族(被扶養者)

氏名

家族の場合は
その方の

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和

年 月 日

年 月 日

年 月 日

3 療養を受けた
医療機関・薬局の

名称

所在地

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

年 月 日 から
年 月 日まで

年 月 日 から
年 月 日まで

年 月 日 から
年 月 日まで

入院通院の別

☐ 1. 入院
☐ 2. 通院・その他

☐ 1. 入院
☐ 2. 通院・その他

☐ 1. 入院
☐ 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

円

円

円

円

円

円

6 他の公的年金から、医療費
の助成を受けていますか

☐ 1. はい
☐ 2. いいえ

☐ 1. はい
☐ 2. いいえ

☐ 1. はい
☐ 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

☐ 1. 全額助成
☐ 2. 一部自己負担あり

☐ 1. 全額助成
☐ 2. 一部自己負担あり

☐ 1. 全額助成
☐ 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

年 月

2

年 月

3

年 月

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。
マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号を記入してください。

非課税者の情報

診療月が
1月～7月の場合

「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号

〒

診療月が
8月～12月の場合

「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号

〒