

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 情 報	被保険者等 記号・番号	記号			番号		
	氏 名	(フリガナ)			生年月日	昭・平・令 年 月 日	
	住 所	〒 ー 都・道 府・県					
	事業所名称				電話番号 (日中の連絡先)	()	
				提出委任	<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)		

振 込 先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
		支店・本店・出張所 その他()	口座番号	
	口座名義 (カタカナで記入)	口座名義区分 被保険者(申請者)・代理人		

委 任 状	口座名義が代理 人の場合にご記 入ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日
		代理人 (口座名義人)	氏名
			住所
		氏名	被保険者との関係()

申 請 内 容	診療月(月単位で申請)	令和 年 月 (左記診療月に対し、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()		続柄()		続柄()	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		
	傷病名 ※						
	療養を受けた 名 称 医療機関や 薬局の 所在地						
	診療を受けた期間 (月単位)	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで			
	病院等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)	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 (はいの場合は制度名等)	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	はい・いいえ 制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり			

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 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。

市区町村が 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
----------------	---	---

マイナンバー記入欄(被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印