

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**



被保険者記入用

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。  
申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	1 2 3 4 5 6 7 8	9 /	1	X X	0 0 Δ Δ
	(フリガナ)	Y Y Y 7	ハナコ	自署の場合は押印を省略できます。		
氏名・印	相続 花子					
住所	〒	1 3 3 0 0 5 7	東京	郵 道	府 県	江戸川区西小岩 0-0-0
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL	0 3 1 2 3 4 5 6 7 8				

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所	
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	
	口座名義	▼カタカナ(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。)	口座名義 の区分	
		Y Y Y 7	ハナコ	1. 被保険者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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。	年	月	日
	氏名・印		<input type="checkbox"/>	1. 平成 2. 令和	
	住所	住所 「被保険者情報」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	住所	TEL(ハイフン除く)	被保険者 との関係	
	(フリガナ)				
	氏名・印				

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄  
・被保険者が非課税の場合は、被保険者のマイナンバーを記入し、本人  
確認書類を添付してください。詳細は「記入の手引き」をご覧ください。

▶

(2019.5)  
受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

様式番号  協会使用欄

6 4 1 1 6 6

1

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名 **相範太郎**

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

1. 平成 2. 令和 **XX△△**

[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**

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) **1**

1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) **2**

氏名

**相範太郎**

**相範太郎**

**相範花子**

家族の場合はその方の

生年月日

1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日

1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日

1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日

**00XX△△**

**00XX△△**

**00XX△△**

③ 療養を受けた医療機関・薬局の

名称

**00 総合病院**

**XX 薬局**

**△△ 総合病院**

所在地

**東京都00区0-0**

**東京都XX区X-X**

**東京都00区0-0**

④ 病気・ケガの別

ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。

1. 病気(異常分娩含む) 2. ケガ(負傷) **2**

1. 病気(異常分娩含む) 2. ケガ(負傷) **2**

1. 病気(異常分娩含む) 2. ケガ(負傷) **1**

療養を受けた期間

1. 平成 2. 令和 **0105** 年 月 日 **16** ~ **26** 日

1. 平成 2. 令和 **0105** 年 月 日 **16** ~ **26** 日

1. 平成 2. 令和 **0105** 年 月 日 **07** ~ **25** 日

入院通院の別

1. 入院 2. 通院・その他 **2**

1. 入院 2. 通院・その他 **2**

1. 入院 2. 通院・その他 **1**

⑤ 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)

**21000** 円

**7800** 円

**44400** 円

自己負担額が不明の場合は支払った総額

**44400** 円

**44400** 円

**44400** 円

⑥ 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか

1. はい 2. いいえ **2**

1. はい 2. いいえ **2**

1. はい 2. いいえ **2**

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※ **2**

1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※ **2**

1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※ **2**

⑦ 限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無

1. 有 2. 無 **2**

1. 有 2. 無 **2**

1. 有 2. 無 **1**

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。

⑧ 診療月

1. 平成 2. 令和 **2908** 年 月

2. 平成 2. 令和 **2911** 年 月

3. 平成 2. 令和 **2912** 年 月

被保険者本人が市区町村住民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村住民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、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。(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。)他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区町村長が証明する欄

当該被保険者は **1** 平成 **29** 年度の 市区町村長名 市区町村住民税が課されないことを証明する。

様式番号

**641265**

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要になります。