

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

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	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		
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)	28	12345		
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ	健保 太郎	生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒 650 - 0000)	兵庫 都 道 府 県	神戸市〇〇区△△通1-2	年 月 日 560301
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 078 (〇〇〇) △△△△				
<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" 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。				
	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

健保 太郎

申請内容	1 診療月	6 年 9 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。]
	2 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 [] [] [] [] [] [] 年 月 日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 [] [] [] [] [] [] 年 月 日
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称 ○○総合病院 所在地 兵庫県○○市		
療養の内容などについて	4 傷病名	頸椎症		
	療養を受けた期間	ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。 年 月 日 から 年 月 日 まで 060902 から 16 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで [] [] [] [] [] [] から [] [] [] [] [] [] まで	年 月 日 から 年 月 日 まで [] [] [] [] [] [] から [] [] [] [] [] [] まで
	入院通院の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円	円	円
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	300,760 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	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 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

〒 [] [] [] [] - [] [] [] []