



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

申請内容	1 診療月	令和 年 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 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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] 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	<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	<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			
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円			
	6 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"/> 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	

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	〒 [ ][ ][ ][ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ]