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

年　　月診療分（※和暦で記入してください。）

被保険者〈申請者〉情報

被保険者証の（右づめ）	記号	番号	生年月日　年　月　日 □ 昭和 □ 平成 □ 令和
氏名	（フリガナ）		記入した字句を訂正する場合は、二本線で抹消してください。 訂正事項は確認の電話をさせて頂く場合がありますので、予めご了承ください。
住所	（〒　　ー　　）　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

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	1. 普通　3. 別段 2. 当座　4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。
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	1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	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　　住所　「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ	
代理人（口座名義人）	（〒　　ー　　）　TEL　（　　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

（2021.04）

被保険者のマイナンバー記載欄
（被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です）

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

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

被保険者氏名	

申請内容				
1 診療月（和暦で記入）	令和　年　月診療分	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）	
家族の場合はその方の 氏名				
生年月日	□昭和 □平成 □令和 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				
所在地				
療養の内容などについて 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（和暦で記入）	年 月 日 から まで	年 月 日 から まで	年 月 日 から 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	
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	円	円	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	□ 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（和暦で記入）　1　年　月　2　年　月　3　年　月

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。
（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。）

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は　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