

被保険者(申請者)記入用

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ア	イ	ウ
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

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

※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

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

令和 年 月

高額療養費は月単位でご申請ください。左記年月に診療を受けたもの(医療機関、薬局、入院・通院別、受診者ごと)についてご記入ください。

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)

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

☐ 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

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

年 月 日から 年 月 日

年 月 日から 年 月 日

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

⑤ 支払った額のうち、保険
診療分の金額(自己負担額)
自己負担額が不明の場合は
支払った総額

円

円

円

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

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

☐ 1. 有
☐ 2. 無

☐ 1. 有
☐ 2. 無

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 令和 年 月

2 令和 年 月

3 令和 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。)
※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、改めて証明や証明書を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 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