

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

医療機関に支払った1か月の自己負担額が高額になり、自己負担額を超えた額の払い戻しを受ける場合にご使用ください。

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(申請者)情報	記号	番号	氏名	生年月日	年	月	日
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	8 1 1 2 3 4	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	1 0 0 8 1 1		
	住所	(〒 123 - 5678)	山口 都道 府県 山口市〇〇1-2-3 △△マンション456				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (1234) 5678					

確認欄	確認	☒ 右記の要件を確認し、 ☒ を入れてください。	この申請については①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。
-----	----	--	--

振込先指定口座	金融機関 名称	〇〇〇〇	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	〇〇〇〇	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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	ケンポ° タロウ	口座名義 の区分	1 1. 申請者 2. 代理人	

「2. 代理人」の場合は必ずご記入ください。

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。		令和 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)	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		住所 (フリガナ)		
		氏名		

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄

(被保険者等記号・番号を記入した場合は不要です)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

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

令和 6 年 2 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 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 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
1 1 1 0 2 2
年 月 日

3 療養を受けた
医療機関・薬局の

名称

所在地

△△総合病院
△△市△△1-2-3

◇◇薬局
◇◇市◇◇2-3-4

〇〇病院
〇〇市〇〇4-5

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。

気管支炎

気管支炎

ろっ骨骨折

療養を受けた期間

0 2 日から 1 5 日

0 2 日から 1 5 日

0 2 日から 2 5 日

入院通院の別

2 1. 入院
2. 通院・その他

2 1. 入院
2. 通院・その他

1 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

21,000 円

5,800 円

113,000 円

6 他の公的制度から、医療費
の助成を受けていますか

2 1. はい
2. いいえ

2 1. はい
2. いいえ

2 1. はい
2. いいえ

助成を受けた
制度の名称

はいの場合

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 1. 有
2. 無

1 1. 有
2. 無

1 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 5 年 11 月

2 令和 5 年 12 月

3 令和 6 年 1 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