

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

被保険者記入用



※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。

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

被保険者情報 section containing fields for insurance card number, name, address, and birth date.

振込先指定口座 section containing fields for bank name, account type, account number, and account name.

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄 section containing fields for the insured person and the designated agent.

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
・被保険者が非課税の場合は、被保険者のマイナンバーを記入し、本人確認書類を添付してください。詳細は「記入の手引き」をご覧ください。

My Number input field

(30.6)

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

印

様式番号

協会使用欄

Form for social insurance labor consultant details

Form for association use details

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者記入用

被保険者氏名

申請内容	① 診療月	平成 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)
		氏名		
	家族の場合はその方の	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 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 病気・ケガの別	<input type="checkbox"/> 1. 病気(異常分娩含む) <input type="checkbox"/> 2. ケガ(負傷)		<input type="checkbox"/> 1. 病気(異常分娩含む) <input type="checkbox"/> 2. ケガ(負傷)
		療養を受けた期間	(平成) 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
	⑤ 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円	円	
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	
医療機関等で支払った金額などについて	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
		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	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無		<input type="checkbox"/> 1. 有 <input type="checkbox"/> 2. 無	

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要になります。

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 平成 年 月

2 平成 年 月

3 平成 年 月

被保険者本人が市区町村住民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村住民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、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

当該被保険者は平成 年度の 市区町村長名  
市区町村住民税が課されないことを証明する。

印

様式番号

6 4 1 2 1 0