

被保険者  
健康保険被扶養者  
世帯番号  
高額療養費 支給申請書

1

2

提出先：健保組合

記入見本

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 1	番号 1 2 3 4	部署 リハ3東	職種 看護師	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 0 1 0 2 0 3
	氏名	(フリガナ) チカモリ シロウ 近森 次郎				
	住所	(〒 780 - 0056 ) 高知 都道府県 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 1234 ) 5678				

振込先指定口座	金融機関 名称	四国	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 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 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。) チカモリ シロウ		口座名義 の区分 1 1. 申請者 2. 代理人

「2」の場合は必ずご記入ください。

本人名義ではない口座を  
指定の場合のみ

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
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
	氏名	(〒 - ) TEL ( )	委任者と 代理人との 関係	

- ・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
- ・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

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

(R3.1.22 改訂)

受付日付印

--

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

わかる範囲でご記入ください

申請内容	1 診療月	R2 年 1 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 checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
療養の内容などについて	氏名	受診者が「家族」の場合		
	家族の場合はその方の			
3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称	〇〇病院	□□薬局	
	所在地	高知 都道府県	高知 都道府県	
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。	右足骨折	同左	
	療養を受けた期間	年 月 日 から 0 2 0 1 0 1 から 0 8 まで	年 月 日 から 0 2 0 1 0 8 から 0 8 まで	年 月 日 から まで
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	〇〇,〇〇〇 円	〇,〇〇〇 円	
	他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	<input checked="" type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input checked="" 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
6 医療機関等で支払った金額などについて	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

該当者のみ

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

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 市区町村長名  
市区町村民税が課されないことを証明する。

印

住民税非課税者のみ 市町村役場へ記入を依頼、もしくは「(非)課税証明書」を交付してもらってください