

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

記入見本

提出先：健保組合

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 1	番号 1234	部署 リハ3階	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 010203
	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 高知市北本町1丁目1-28 □△マンション 101号 府県				
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 090 ( 1234 ) 5678				

振込先を下の欄に記入するか、次の2つのうち希望するものに☑を入れてください。

給与口座を利用します。近森会健保組合が事業主に照会し口座情報を取得することに同意します。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

振込先指定口座	金融機関 名称	四国		銀行 <input checked="" type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ( )	本店 <input checked="" type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/>
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	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

振込先指定口座に間違いがあった場合は、近森会健康保険組合より事業主に照会を行い、給与口座に振り込ませていただきます。

「？」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	(〒 - ) TEL ( )	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名	(フリガナ)		委任者と 代理人との 関係

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	入院通院の別	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input checked="" 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
	はいの場合	<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

被保険者本人が住民税非課税者である場合は、自己負担限度額が軽減されます。  
マイナンバーを活用して非課税証明書の添付を省略するために、以下に該当する郵便番号を記入してください。

該当者のみ

非課税者の情報	診療月が 1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒	□□□□-□□□□
	診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号	〒	□□□□-□□□□