

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

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 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	部署 <input type="text"/>	職種 <input type="text"/>	生年月日	年 月 日	
	氏名	(フリガナ)					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="text"/>
	住所	(〒 -)						
	電話番号 (日中の連絡先)	都 道 府 県	TEL ()					

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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>	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 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

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。

「2」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
	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)	氏名	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

申請内容	1 診療月	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）	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族（被扶養者）
療養の内容などについて	氏名	[氏名欄]		[氏名欄]
	家族の場合はその方の	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 年 月 日		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 年 月 日
	名称	[名称欄]		[名称欄]
	所在地	都 道 府 県 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		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。		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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] まで [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		年 月 日 から [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 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	
医療機関等で支払った金額などについて	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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []
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	
	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 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []		助成を受けた制度の名称 [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] 自己負担分の助成の内容 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

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。

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	〒 [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

健康保険 負傷原因 届

ケガの場合 添付

被保険者または負傷した方が記入するところ

負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者（氏名）		
負傷した方の勤務形態 ※該当するものを含む <input type="checkbox"/> を選択ください。	<input type="checkbox"/> 正社員、契約、派遣、パート、アルバイト <input type="checkbox"/> 請負、法人の役員、ボランティア、インターンシップ等 <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> その他（ ）	▶ 労災保険に特別加入していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない	
傷病名			
負傷日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時頃
負傷した時間帯（状況）	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 通勤途中（ <input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し）		
負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中（ <input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外） <input type="checkbox"/> 動物による負傷（飼い主： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） <input type="checkbox"/> あてはまらない		
上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手： <input type="checkbox"/> 有 <ul style="list-style-type: none"> → <input type="checkbox"/> あなたは被害者 → <input type="checkbox"/> あなたは加害者 <input type="checkbox"/> 無	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による負傷届」の届出が必要です。	
負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。			
治療経過	令和 年 月 日	現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止
治療期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日 まで

事業主欄	業務災害及び通勤災害の場合のみ事業主の記入をうけてください。			
	事業所の労災適用	有・無・申請中	社員総数	名 事業内容
	業務(通勤)災害 該当の確認	有・無	▶「無」の場合、その理由	
	事業所所在地	上記、本人の申し立てのとおり (〒 -)	<input type="checkbox"/> 業務災害 <input type="checkbox"/> 通勤災害	に相違ないことを認めます。
	事業所名称			
事業主氏名				
電話番号	()			

(R3.1.22 改訂)

受付日付印