

健康保険被保険者世帯合算被保険者被扶養者高額療養費支給申請書

被保険者情報	被保険者等 記号・番号	記号	番号	事業所名称		
	氏名	(フリガナ) (押印不要)				
	住所	〒	—	電話番号 (日中の連絡先)	()	
				提出委任	☐ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。 (事業主経由(依頼)する場合は✓)	

【ご注意ください】 家族(被扶養者)の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

振込先	金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()	
	口座名義 (カタカナで記入)	支店・本店・出張所 その他()	口座番号		
	口座名義区分	☐ 被保険者(申請者) ☐ 代理人			
公金受取口座	☐ 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。(利用する場合は、上記の口座情報の記入は不要です。)				

委任状	口座名義が代理人 の場合にご記入 ください。	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	令和	年	月	日
		代理人 (口座名義人)	住所				
			氏名	被保険者との関係()			

申請内容	診療月(月単位で申請)	平・令 年 月 (左記診療月に対し、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。)					
	受診者の氏名	続柄()		続柄()		続柄()	
		生年月日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日	昭・平・令 年 月 日		
	傷病名 ※						
	療養を受けた 医療機関や 薬局の 名称 所在地						
	診療を受けた期間 (月単位)	平・令 年 月 日から 日 まで	平・令 年 月 日から 日 まで	平・令 年 月 日から 日 まで			
	病院等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)	円	円	円			
	他の公的制度から医療費 の助成を受けていますか	はい・いいえ	はい・いいえ	はい・いいえ			
(はいの場合は制度名等)	制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり	制度名 ▶ 自己負担分の助成 ▶ 全額助成・一部自己負担あり				

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。
○ 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。

市区町村が 証明する欄	当該被保険者は、平・令 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
----------------	--	---

マイナンバー記入欄(被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。)

マイナンバーを記入した場合、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。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄