

※健保組合使用欄								決定	年	月	日	
取得	支給金額							常務理事	事務長	課長	主任	扱
喪失												

被保険者  
健康保険 被扶養者 高額療養費支給申請書 (第 回目)  
世帯合算

被保険者(申請者)情報	被保険者証の 記号・番号	記号	番号	生年月日 1. 昭和 2. 平成 年 月 日 3. 令和
	氏名・印	(フリガナ)		印 自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 - )	都道 府県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( )		
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/> )				

振込先指定口座	金融機関 名称	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. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	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。)	
			左づめでご記入ください。
			口座名義の区分 1. 申請者 2. 代理人

「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	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。		年 月 日
		氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	代理人 (口座名義人)	(〒 - )	TEL ( )	委任者と 代理人との 関係
		住所 (フリガナ)	氏名・印	印

「申請者記入用」は裏面ページに続きます。>>>

- ・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

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

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄



受付日付印

被保険者氏名

申請内容	1 診療月	年 月 日 [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	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 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 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 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 傷病名 <small>ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。</small>			
	療養を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで
	入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 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	円
医療機関等で支払った金額などについて	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円
	6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	1. はい 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	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

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

市区町村民税が課されないことを証明する。

市区町村長名

印

※ 健保使用欄【算定基礎】

標準報酬月額 千円	診療点数×10円	自己負担額	診療点数×10円
( )	( ) × $\frac{123}{10} =$ ( )	( )	252,600円 + ( ) × 1%
所得区分	( ) × $\frac{123}{10} =$ ( )	( )	167,400円 + ( ) × 1%
( )	( ) × $\frac{123}{10} =$ ( )	( )	80,100円 + ( ) × 1%
			140,100円 93,000円
			57,600円 44,400円
			35,400円 24,600円
			15,000円 14,000円
			8,000円
			20,000円 10,000円