

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

1 診療月	令和 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	☐ 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	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	
生年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称			
所在地				
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。			
療養を受けた期間	(和暦) 年 月 日 から 年 月 日 まで	(和暦) 年 月 日 から 年 月 日 まで	(和暦) 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	
自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円	
6 他の公的制度から、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	
助成を受けた制度の名称				
はいの場合	☐ 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. 全額助成 ☐ 2. 一部自己負担あり	
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

低所得(非課税)の区分に基づく申請の場合は、以下のいずれかの方法により申出(☑)を行ってください。

☐ ①マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望

1月1日の住民票住所 (〒 -)

※1月~7月診療分について前年の1月1日の住所を、8月~12月診療分については当年の1月1日の住所を記入してください。

☐ ②「(非)課税証明書」原本の添付

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け、原本を添付して下さい。

※4月から7月診療分については前年度の「(非)課税証明書」、8月から翌年3月診療分については当年度の「(非)課税証明書」

必要な添付書類

- 領収書のコピー
- 傷病名がけがなどの外傷性の場合:『負傷原因届』(初回申請時のみ)
- 傷病の原因が、第三者行為による場合:『第三者行為による傷病届』(初回申請時のみ)