

健康保険高額療養費支給決定伺

常務理事	事務長	係	取得年月日	月額	支給決定額						
			喪失年月日								
70才未満・高齢受給者	本人・家族	83万以上 (入院・その他)	算出基礎	(円× /10) +						
		53万~79万 (入院・その他)		(円× /10) +						
28万~50万 (入院・その他)				- 252,600円	140,100円	18,000円					
26万以下 (入院・その他)				167,400円	93,000円						
				80,100円	57,600円	44,400円					
単独・合算	多数該当 有・無		(円 -	842,000円) × 1%						
			(円 -	558,000円) × 1%						
			(円 -	267,000円) × 1%						

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(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
	氏名	(フリガナ)		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平			
	住所	(〒 -)	都 道	府 県			
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ()					

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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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。)	

「2」の場合は必ず記入してください。

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)	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は裏面に続きます。>>>

確認欄(チェック)	<input type="checkbox"/> この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	(3.4)
被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記に○をしてください。(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)		<input type="radio"/>
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
健康保険被扶養者
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

療養の内容などについて

医療機関等で支払った金額などについて

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	<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)	
	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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 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	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日 から	
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	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 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	<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	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
助成を受けた制度の名称				
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	
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 令和 年 月

2 令和 年 月

3 令和 年 月

被保険者本人が市区町村民税非課税者ですか

1. はい(非課税である)
 2. いいえ(課税である)

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村民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。)

市区町村民長が証明する欄 当該被保険者は 年度の 市区町村民長名 市区町村民税が課されないことを証明する。

印

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費 支給申請書 世帯合算

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名 **健保太郎**

高額療養費の申請について月(1日から末日)を単位に記入してください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

申請内容	1 診療月	令和 2年 10月 <small>[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]</small>		
	2 受診者	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input checked="" 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	健保花子	健保健子	
	家族の場合はその方の生年月日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 40 08 22 年 月 日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input checked="" type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 28 03 02 年 月 日	昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/> 年 月 日
療養の内容などについて	名称	A病院	Bクリニック	
	所在地	岐阜市〇町1番	岐阜市〇町5	
療養の内容などについて	4 傷病名	胃潰瘍	気管支喘息	
	療養を受けた期間	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 29 09 08 から 20 まで	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで 29 09 15 から 30 まで	令和 年 月 日 から 年 月 日 まで
療養の内容などについて	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
	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	100,000 円		
療養の内容などについて	6 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
	助成を受けた制度の名称		乳幼児医療	
医療機関等で支払った金額などについて	1. 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 checked="" 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

受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けて記入してください。

医療機関等で支払った額のうち、保険診療分の金額(差額ベット代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額)を記入してください。保険診療分の金額が明確でないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段に記入してください。

他の公的制度から自己負担相当額またはその一部の助成を受けられる場合は、助成を受けた制度の名称など、必要事項を記入してください。

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 令和 2年 9 月 2 令和 年 月 3 令和 年 月

今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(申請中を含む)場合に、直近3回分についてそれぞれ記入してください。

被保険者本人が市区町村民税非課税者ですか

2 1. はい(非課税である)
2. いいえ(課税である)

市区町村民税が非課税の場合は、当欄に市区町村民長の証明を受けるか、別に(非)課税証明書を添付してください。

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村民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。)

市区町村民長が証明する欄

当該被保険者は 年度 の市区町村民税が課されない市区町村民長名

印

健康保険被扶養者世帯合算 被保険者 高額療養費 支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者ご自身をご記入ください。被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名を記入してください(住所・振込口座も同様です)※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。

被保険者(申請者)情報	記号	番号	生年月日 年 月 日	
	被保険者証の(右づめ)	11 05	5	昭 平 40 09 23 令
	氏名・印	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保太郎		
	住所	(〒500 - 9999) 岐阜 都道 岐阜市南町3-5 府 府 ABCアパート301号		
電話番号(日中の連絡先)	TEL 058 (82) 9999			

口座名義人の氏名をカタカナで記入してください。姓と名の間は1マス空けて記入してください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字として記入してください。

振込先指定口座	金融機関名称	岐阜愛	岐阜
	預金種別	1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 025 0528
	口座名義	ケンポ タロウ	口座名義の区分 1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入してください。

給付金の受け取りを代理人に委任する場合は「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の記入は、それぞれが自署してください。

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 () (フリガナ) 氏名・印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ 委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は裏面に続きます。>>>

確認欄(チェック)	<input type="checkbox"/>	この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。 ①申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ②記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。	(R3.4)
-----------	--------------------------	--	--------

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は右記に○をしてください。(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)	<input type="radio"/>
---	-----------------------

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	
-------------------	--

受付日付印

添付書類

- 所得区分が低所得となる方（申請書の2面下段で、被保険者本人が非課税であるご記入の方）

所得区分	添付書類
低所得者	被保険者の住民税の（非）課税証明書 ※申請書の証明欄に証明を受けた場合は不要
低所得者Ⅱ	
低所得者Ⅰ	被保険者および被扶養者の所得額が分かる書類（所得証明書など）

※4月から7月診療分については前年度の証明、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要です。

※低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方→「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載の保護申請却下通知書または保護廃止決定通知書

※生活保護を受けている方→保護開始決定通知書または保護変更決定通知書

- 公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が軽減されている方→医療機関の領収書の写し