

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

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 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。					
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 本店 支店 農協 漁協 その他 ( ) 出張所 本所 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	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

「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
		(〒 - )	( )	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。
-----------	--------------------------	--

(R4.10)

受付日付印

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

被保険者  
健康保険 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

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	<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		氏名		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 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		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日 年 月 日	
3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称		名称		名称		
	所在地		所在地		所在地		
療養の内容などについて	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。		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 年 月 日 まで		令和 年 月 日 から 年 月 日 まで		令和 年 月 日 から 年 月 日 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		<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		円	
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円		円		円	
はいの場合	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	自己負担分の助成の内容		自己負担分の助成の内容		自己負担分の助成の内容	
		<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	

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