

健康保険組合 使用欄	支給支払決議書														
	受付年月日	令和	年	月	日	資格取得 年月日	昭 平 令	年	月	日	常務理事	事務長	担当者		
	同年月日	令和	年	月	日			年	月	日					
	決裁年月日	令和	年	月	日	資格喪失 年月日	令和	年	月	日					
	支払年月日	令和	年	月	日										
	支給決定額	円					(支給額計算式)								

12

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

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日
				☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和			
	氏名	(フリガナ)					
	住所	(〒) 都 道 府 県					
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()					
☐ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は ☒)							

振込先指定口座	☐ 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 ☒ 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 ☐ 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 ☐ 2. 当座	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	☐ 1. 申請者 ☐ 2. 代理人

※口座名義の区分が「2. 代理人」の場合のみ、受取代理人の欄をご記入ください。

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
		氏名	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 ()	住所 (フリガナ)	氏名				委任者と 代理人との 関係			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の 提出代行者名記載欄

受付日付印

※記入例・必要書類はQRコードから確認できます。⇒



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

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

生年月日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
年 月 日

☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和
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

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)
自己負担額が不明の場合は
支払った総額

円

円

円

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

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. 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

当該被保険者は令和 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