

- 家族(被扶養者)に関する申請であっても、社員本人(被保険者)の情報をご記入ください。
- 被保険者が亡くなられて申請する場合
- ・被保険者等の記号・番号、生年月日のみ被保険者の情報を記入し、それ以外は申請する方の情報(氏名、住所、電話番号、振込先指定口座)をご記入ください。
 - ・「権利継承届兼誓約書」(別紙様式)を一緒にご提出ください。
- 尚、「権利継承届兼誓約書」は2ページ目の末尾記載の【添付書類】をご覧ください。

健康保険被扶養者 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(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 2 5 0	番号 1 2 3 4	生年月日 年 月 日 ☐ 昭和 ☒ 平成 ☐ 令和	1 2 3
	氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎			
	住所	(〒 123 - 4567) ○○ 都 道 ○○市○○町○丁目 1-2 府 県			
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL 123 (4567) 8901			
☒ 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	宇都宮 銀行 金庫 信組 農協 漁協 日本橋 その他 ()			本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1 1. 普通 2. 当座	口座番号	1 2 3 4 5 6 7	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。) ケンポ ° タロウ			口座名義 の区分 1 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)	住所	(〒 -) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
		(フリガナ)	氏名		

「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。⇒



1/2

(R6.12)

被保険者
健康保険被扶養者
世帯主
高額療養費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)記入用

※受診者ごとに医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。

被保険者氏名

健保 太郎

申請内容

1 診療月

4 年 3 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 1. 被保険者
2. 家族(被扶養者)

2 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

健保 花子

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
1 4 5
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

△△病院

栃木県〇〇市△△

〇〇病院

茨城県〇〇市△△

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。

高血圧

右脚骨折

療養を受けた期間

年 月 日 から
4 3 1 6
2 6 まで

年 月 日 から
4 3 7
2 5 まで

年 月 日 から
まで

入院通院の別

2 1. 入院
2. 通院・その他

1 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

27,000 円

84,500 円

6 他の公的制度から、医療費
の助成を受けていますか

2 1. はい
2. いいえ

2 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 3 年 9 月

2 3 年 11 月

3 3 年 12 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

【添付書類】(※原則、原本です)

・「権利継承届兼誓約書」(被保険者が亡くなられて申請する場合)
※「権利継承届兼誓約書」は、こちらのQRコードからご確認ください。⇒

