

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

ページ



※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

医療機関に支払った1か月分の自己負担額が高額になり、自己負担額を超えた額の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者(申請者)情報 section containing fields for insurance card number, name, address, and phone number.

振込先指定口座 section containing fields for financial institution name, branch name, and account number.

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN confirmation and other administrative fields including checkboxes for document submission and account proof.

受付日付印 (Date of receipt stamp)

6 4 1 1 1 1 0 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

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名

医療機関等から協会へ請求のあった診療報酬明細書(レセプト)により確認できた、本申請の支給(合算)対象となる診療等の自己負担額を全て合算して、支給額を算出します。

① 診療年月	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	→	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。
受診者氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
② 受診者生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
③ 医療機関(薬局)の名称	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
医療機関(薬局)の所在地	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
④ 病気・ケガの別	<input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ	<input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ	<input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ
⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

「①診療年月」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、「①診療年月」以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。

⑦ 診療年月	<input type="text"/> 1 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 2 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
--------	---	---	---

⑧ 非課税等	<input type="checkbox"/> 被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)には、左記に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
⑨ 被保険者郵便番号(ハイフン除く)	<input type="text"/>
⑩ 希望しない	<input type="checkbox"/> マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、左記に <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。 希望しない場合には、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。

6 4 1 2 1 1 0 1