

被保險者(申請者)記入用

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 他の公的年金から、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

低所得の区分に基づく高額療養費の算定を希望する場合は、以下①～③のいずれかの方法により申出を行ってください。

☐ ①「(非)課税証明書」原本の添付

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、「(非)課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付して下さい。
※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「(非)課税証明書」を添付ください。

☐ ②市区町村長からの証明

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合、この欄に市区町村長より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

※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。

☐ ③マイナンバーの情報連携による添付書類の省略を希望

被保険者の1月1日の住民票上の住所をご記入ください。

1月1日の
住民票住所

(〒 -)