

支給額	円	支払年月日	令 年 月 日
資格取得	昭・平・令 年 月 日	資格喪失	令 年 月 日

理事長	常務理事	事務長	担当

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**

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	マイナンバー			
	氏名 (フリガナ)		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 平成
	住所 (〒 - )		TEL	( ) -		

※任意継続被保険者は、以下にご本人名義の振込先をご記入ください。

振込口座	銀行 金庫 信組 農協 漁協		本店 支店 出張所
	普通	口座番号	口座名義

申請内容	1 診療月(月単位で申請)	年 月 日	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 受診者の氏名	続柄( )	続柄( )	続柄( )	続柄( )	
	3 診療を受けた医療機関・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』を併せてご提出下さい。				
	5 診療を受けた期間(月単位)	年 月 日 から	年 月 日 から	年 月 日 から	年 月 日 から	
	6 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円	円	円	円	

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 全額助成 ・ 一部自己負担あり 全額助成 ・ 一部自己負担あり 全額助成 ・ 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ヶ月以上ある場合、直近3ヶ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
-------	-------	-------	-------

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明する。  
請求者より委任を受けた給付金は、当事業所と貴組合との間で定められた方法で受領し、請求者へ給付します。

事業所所在地 令和 年 月 日  
事業所名称  
事業主氏名

委任状

給付金の受領を上記事業主に委任します。 令和 年 月 日  
氏名(自署)  
※任意継続被保険者は記入しないでください。

受付日付印

添付書類

領収書の原本  
※出産の場合は、出産費用明細書の写し

記入例

1 請内	1 診療月(月単位で申請)	令和 × 年 × 月 × 日			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 受診者の氏名	健保 花子		健保 花子		続柄( )	
	続柄(妻)	続柄(妻)		続柄(妻)		続柄( )	
	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 診療を受けた医療機関・薬局の名称	△△総合病院		〇〇〇〇薬局			
	所在地	東京都墨田区×× △-△-△		東京都墨田区×× □-□-□			
3	4 傷病名	右足関節捻挫					
	ケガ(負傷)の場合は『負傷原因届』を併せてご提出下さい。						
	診療を受けた期間(月単位)	年 月 日	から	年 月 日	から	年 月 日	から
		×××××	から	×××××	から	×××××	から
		××	まで	××	まで	××	まで
			<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 入院		<input type="checkbox"/> 入院
			<input checked="" type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 外来		<input type="checkbox"/> 外来
			<input type="checkbox"/> 調剤		<input checked="" type="checkbox"/> 調剤		<input type="checkbox"/> 調剤
4	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		円	
	自己負担額が不明の場合は支払った総額						
	円	円		円		円	
5	6 他の公的年金から医療費の助成を受けていますか	はい ・ いいえ		はい ・ いいえ		はい ・ いいえ	
	助成を受けた制度の名称	はいの場合		はいの場合		はいの場合	
	自己負担分の助成の内容	全額助成 ・ 一部自己負担あり		全額助成 ・ 一部自己負担あり		全額助成 ・ 一部自己負担あり	
		受給者証の写しを添付してください。					
6	7 診療月	1	年 月	2	年 月	3	年 月

- 1 月(1月から末日)を単位としてご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入して申請はできません。(支払日ではなく“受診日”“調剤日”の月単位でご記入ください。)
- 2 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。同一医療機関を複数日受診している場合は、一枠内にひと月の合計金額をご記入ください。
- 3 ケガ(負傷)の場合は『負傷原因届』を併せてご提出ください。また、傷病の原因が“第三者行為によるもの”の場合は、当組合へご連絡ください。
- 4 病院等に支払った額は、保険診療分の金額をご記入ください。(差額ベッド代などの保険外負担額や、入院時の食事負担額などは含めません。)
- 5 受診される方が「乳幼児」「ひとり親家族」などで、市区町村から医療費助成を受けている場合は、その制度名をご記入ください。また、医療機関の窓口で自己負担額がない場合は、「全額助成」に、自己負担がある場合は「一部自己負担あり」に○をつけていただき、医療証の写しを添付してください。
- 6 療養を受けた月以前の1年間(12ヵ月)に、同一世帯(被保険者とその被扶養者)で3ヵ月以上高額療養費の支給を受けた場合は、4ヵ月目からは「多数該当」となり、自己負担限度額が軽減されます。(限度額適用認定証等を使用し、高額療養費を現物給付で受けた月も回数に含まれます。)