

申請書ご記入の際に参照ください

※すでにご申請済みの場合には、再度ご提出の必要はございません

高額療養費支給申請書記入例

本人 家族 合算		高額療養費支給申請書			診療 年月	令和 3 年 1 月			
注意事項 ◎ 健保組合からの高額療養費のお知らせ(診療月から3ヶ月以降に通知予定)を見て申請できることを確認してから1ヶ月毎に申請してください。 ◎ 病院で支払った「額」は、保険診療分に係る自己負担額についてのみ記入してください(部屋代・食事療養費を除く)。	被保険者証	記号	123	番号	4567	事業所名(または勤務していた事業所名)	㈱東食健保会館		
	被保険者(申請者)氏名	フリガナ	トウ ショク タロウ	氏名	東 食 太 郎	自宅電話番号		03-3833-5100	
	被保険者(申請者)住所	〒	110-8611	住所	東京都台東区上野0-00-0	携帯電話番号			
	療養を受けた方の氏名・生年月日等	イ	東 食 太 郎	東 食 花 子	東 食 花 子	平成 1 年 4 月 1 日生 続柄(本人) 31 歳	平成 1 年 5 月 1 日生 続柄(妻) 31 歳	平成 1 年 5 月 1 日生 続柄(妻) 31 歳	
	療養を受けた病院等	名称	上野00病院	台東00病院	台東00薬局	所在地	東京都台東区002-25	東京都台東区003-10	東京都台東区003-15
	区分	区分	入院()科 通院・歯科・調剤	入院()科 通院・歯科・調剤	入院()科 通院・歯科・調剤	該当する区分に○をしてください			
	療養を受けた期間	療養を受けた期間	令和 3 年 1 月 11 日から 同月 17 日まで 7 日間	令和 3 年 1 月 5 日から 同月 11 日まで 2 日間	令和 3 年 1 月 5 日から 同月 11 日まで 2 日間				
	病院等で支払った額(自己負担額)	オ	145,829 円	35,886 円	3,800 円				
	国または都道府県(市区町村)等から医療費の補助が受けられるか否か	カ	イ 受けられない ロ 受けられる (制度名) (費用の徴収 有・無)	イ 受けられない ロ 受けられる (制度名) (費用の徴収 有・無)	イ 受けられない ロ 受けられる (制度名) (費用の徴収 有・無)				
	今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を受けた場合その年月等	主	診療月	令和 2 年 10 月 診療分	令和 2 年 11 月 診療分	令和 2 年 12 月 診療分	保険証の記号・番号	事業所名	
受取日付印	ケ	本申請に基づく給付金に関する受領を事業主(代理人)に委任します 被保険者(申請者)氏名 東 食 太 郎 事業所所在地 東京都台東区東上野2-25-8 事業主(代理人) 事業所名 ㈱東食健保会館 事業主名 台東 太郎							
支払金融機関欄	キ	金融機関コード	支店番号		銀行・金庫		本店・支店		
口座番号(普通・当座)	ク	フリガナ		口座名義					
確認欄	コ	<input checked="" type="checkbox"/>	この届出については、①または②の要件を満たしたものである。 ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 ② 記載内容については誤りがないか申請者本人が確認している。						

- ア 診療月を記入してください。申請単位は、1カ月単位です。
- イ 被保険者証の記号番号を記入してください。
- ウ 被保険者の氏名、住所、電話番号、勤務先の事業所名を記入してください。
- エ 受診者別、同一月の医療機関別、入院・通院別に各々の期間も記入してください。
- オ 病院で支払った額のうち、保険診療分についてのみ記入してください。その金額が明確でないときは病院で支払った金額を記入してください。
- カ 他の公的制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて「○」で囲んでください。
- キ 今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(請求中含む)場合、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。
- ク 給付金の受取を事業主(代理人)に委任する場合、必要事項を記入してください。
- ケ 申請者の口座に振り込む場合、記入してください。
- コ ①または②の要件を満たした場合、確認欄の口に入力マークをお願いします。

◎ この申請書に記載されている個人情報(氏名、住所、電話番号、診療月)は、支給決定にのみ利用し、第三者には提供いたしません。

- ★ 添付する書類
1. 病院等で支払った領収書の写し
 2. 被保険者が市区町村の非課税者である場合には市区町村民税の非課税証明書、生活保護法の要保護者である場合には福祉事務所の保護開始決定書の写し
 3. 申請者が相続人の場合には戸籍謄本(原本)
 4. 傷病が外傷性(捻挫・骨折等)の場合には※負傷原因届
- ※当組合ホームページから印刷できます