

本人  
家族  
合算

# 高額療養費支給申請書

診療年月 令和 年 月 分

◎この申請書に記載されている個人情報には提供いたしません。

注意事項  
◎「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）。  
◎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。

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名（または勤務していた事業所名）	
	被保険者（申請者）氏名	フリガナ 氏 名			
	被保険者（申請者）住所	〒		自宅電話番号	携帯電話番号
	療養を受けた方の氏名・生年月日等	年 月 日生 続柄（ ） 歳	年 月 日生 続柄（ ） 歳	年 月 日生 続柄（ ） 歳	
	療養を受けた病院等	名 称 所 在 地			
	区 分 <small>該当する区分に○をしてください</small>	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	
	療養を受けた期間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	令和 年 月 日から 同月 日まで 日間	
	病院等で支払った額（自己負担額）	円	円	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	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3ヶ月以上受けた場合その年月等	診療月 令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分	令和 年 月 診療分	
		保険証の記号・番号			
		事業所名			

受付日付印

受 取 代 理 人 の 欄	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	
	事業所所在地	
	事業主(代理人)	事業所名
	事業主名	

★個人振込の場合には、「支払金融機関欄」を記入してください。(受取代理人の欄は記入不要)

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード	支店番号
	銀行・金庫	
	口座番号(普通・当座)	フリガナ 口座名義

確認欄	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。
-----	---

- ★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)