

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	
被 保 険 者 が 記 入 す る こ と 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)	
	被保険者(申請者)氏名	フリガナ トウシヨク タロウ 氏名 東食太郎			(株)東食健保会館		
	被保険者(申請者)住所	〒 110-8611 東京都台東区上野〇-〇〇-〇			自宅電話番号	03-3833-51〇〇	携帯電話番号
	療養を受けた方の氏名・生年月日等	東食太郎 平成1年4月1日生 続柄(本人) 31歳	東食花子 平成1年5月1日生 続柄(妻) 31歳	東食花子 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 所在地	上野〇〇病院 東京都台東区〇〇2-25	台東〇〇病院 東京都台東区〇〇3-10	台東〇〇薬局 東京都台東区〇〇3-15			
区分	該当する区分に〇をしてください	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)	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	イ 受けられない	イ 受けられない	イ 受けられない				
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3回以上受けた場合その年月等	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	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 (株)東食健保会館 事業主名 台東太郎						
支払金融機関	★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可) 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) 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。 <input checked="" type="checkbox"/> ① 申請者本人(被保険者)が作成したものである。 <input type="checkbox"/> 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。
- ロ 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。
- ハ 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。
- ニ 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。
- ヒ 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「〇」で囲んでください。
- ヘ 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。
- ホ 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。
- ヘ 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、確認欄の口に入力をお願いします。