

健康保険高額療養費支給決定伺

常務理事	事務長	係	取得年月日	月額	支給決定額						
			喪失年月日								
70才未満・高齢受給者	本人・家族	83万以上 (入院・その他)	算出基礎	(	円×	/10)	+				
		53万~79万 (入院・その他)		(	円×	/10)	+				
		28万~50万 (入院・その他)		-	252,600円	140,100円	14,000円				
		26万以下 (入院・その他)			167,400円	93,000円					
					80,100円	57,600円	44,400円				
				(	円	-	842,000円)	× 1%			
				(	円	-	558,000円)	× 1%			
				(	円	-	267,000円)	× 1%			
単独・合算	多数該当 有・無										

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 1 2 **被保険者(申請者)記入用**

被保険者(申請者)情報	被保険者証の(右づめ)	記号	番号	生年月日	年	月	日	
	氏名・印	(フリガナ)			<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="checkbox"/> 平成		<input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平
	住所	(〒 -)	都道府県	自署の場合は押印を省略できます。				
	電話番号(日中の連絡先)	TEL ()						

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 <input type="checkbox"/> 左づめでご記入ください。
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	平成 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名・印	(フリガナ)	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は裏面に続きます。>>>

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

(28.8)

備考欄

受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印
-------------------	---

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	1 診療月	平成 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	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日		昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日		昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 年 月 日
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称 所在地						
療養の内容などについて	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。 (平成)年 月 日 から 年 月 日 まで		(平成)年 月 日 から 年 月 日 まで		(平成)年 月 日 から 年 月 日 まで		
	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 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)	円		円		円		
医療機関等で支払った金額などについて	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円		円		円		
	6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり		<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 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 平成 年 月

2 平成 年 月

3 平成 年 月

被保険者本人が市区町村民税非課税者ですか

1. はい
 2. いいえ

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村民長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。(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課税に関する証明を受けてください。)

市区町村民長が証明する欄 当該被保険者は平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村民長名

印