



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	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	<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)
療養の内容などについて	氏名 家族の場合はその方の 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
	名称 所在地			
	ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。 傷病名			
	療養を受けた期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで
医療機関等で支払った金額などについて	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
	支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円	円	円
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円
医療機関等で支払った金額などについて	他の公的年金から、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	<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

年 月

2

年 月

3

年 月

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。)

市区町村長が証明する欄

当該被保険者は令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名

印