

高額療養費支給申請書

診療年月

令和

年

月分

※ ※ 領収書（写）を添付してください。
注意事項等については、別紙をご確認ください。

被保険者（申請者）記入欄	①	被保険者等 記号・番号	—		②	事業所 名 称								
	③	被保険者 （申請者） 氏 名	フリガナ			④	相続人から申請の 場合は被保険者氏名							
						被保険者との続柄								
	⑤	被保険者 （申請者） 住 所	〒 — 連絡先 ()											
	⑥	受診者氏名												
		生年月日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和		年	月	日	☐ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和	年	月	日			
	⑦	医療機関 ・ 調剤薬局	名 称											
			所在地											
	⑧	傷病名												
	⑨	受診した期間 （実日数）	令和	年	月	日から	令和	年	月	日から	令和	年	月	日まで
			同 月	日まで	同 月	日まで	同 月	日まで	同 月	日まで	() 日間	() 日間	() 日間	
		入院・通院の別	☐ 入院 ☐ 通院・その他		☐ 入院 ☐ 通院・その他		☐ 入院 ☐ 通院・その他		☐ 入院 ☐ 通院・その他					
	⑩	⑨の期間に⑦で 支払った額 （一部負担金・自己負担額）	円		円		円							
	⑪	他の公的制度から医療の 助成を受けていますか	☐ はい ☐ いいえ		☐ はい ☐ いいえ		☐ はい ☐ いいえ							
		はいの 場 合	制度の名称 自己負担分の 助成の内容		☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり		☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり		☐ 全額助成 ☐ 一部自己負担あり					
⑫	今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3ヵ月以上受けている場合は、その直近の診療月を記入してください。													
	診療月	1	令和	年	月	2	令和	年	月	3	令和	年	月	
⑬	被保険者のマイナンバー記載欄（①欄を記入の場合は不要）													
⑭	受領委任欄	本申請に基づく給付金に関する受領を 被保険者氏名 に委任します。												

※ 被保険者が押印されない場合は、□に✓を記入してください。

確認欄	☐	被保険者本人が記入したものである。
	☐	事業所が記入し、記入内容に誤りがないか被保険者本人が確認している。

⑮	市区町村長証明欄	上記③欄の被保険者には、令和 年度の 市区町村民税が課税されていないことを証明する。	(市区長村長名)	印
---	----------	---	----------	---

組合使用欄	標準報酬月額	千円	所得区分	ア・イ・ウ・エ・オ・I・II
-------	--------	----	------	----------------

令和 年 月 日 提出

受付日付印