

健康保険被保険者
被扶養者
世帯合算

高額療養費

付加金支給申請書

常務理事	事務長	担当者

診療を受けた月

令和 年 月診療分

No.

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	【被保険者（申請者）情報】										
	①被保険者証の記号・番号					②氏名					
	記号		番号								
	③生年月日			年 月 日			④資格取得日		年 月 日		
	⑤住所			〒 -							
	⑥日中連絡の取れる 電話番号						⑦メールアドレス				
	【申請内容】										
	⑧受診者の		氏名		続柄()		続柄()		続柄()		
			生年月日		年 月 日		年 月 日		年 月 日		
			受診時の年齢		(歳)		(歳)		(歳)		
	⑨療養を受けた 医療機関・薬局の名称										
	⑩傷病名										
	⑪療養を受けた期間			令和 年 月 日から 同月 日まで			令和 年 月 日から 同月 日まで		令和 年 月 日から 同月 日まで		
	⑫療養を受けた日数			日間			日間		日間		
	⑬療養の種別 (いずれかに○印)			入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤			入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤		入院 ・ 外来 ・ 歯科 ・ 調剤		
	⑭医療機関等に支払った額 (保険診療分の自己負担額)			円			円		円		
	⑮他の公的制度から医療費の 助成を受けていますか			はい ・ いいえ 「はい」の場合、下記に詳細をご記入ください。			はい ・ いいえ 「はい」の場合、下記に詳細をご記入ください。		はい ・ いいえ 「はい」の場合、下記に詳細をご記入ください。		
	⑮-1 助成を受けた制度の名称										
	⑮-2 自己負担分の助成の内容			1. 全額助成 2. 一部自己負担あり			1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		1. 全額助成 2. 一部自己負担あり		
	【振込先】										
	⑯ ☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用しない場合は下記の欄にご記入ください。） 注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。										
	⑰金融機関名			⑱支店名			⑲口座番号（7ケタ）		⑳口座名義（カナ）		
							普通				
給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望する）場合は、下記の委任状にご記入ください。											
⑳委任状		私は代理人に給付金の受領に関する権限を委任します。 令和 年 月 日									
		被保険者の 住所 氏名 代理人の 住所 氏名									

※被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下記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。

支 給 印

受 付 印

㉔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

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

高額療養費・付加金申請について

1. 医療機関に支払った1カ月の自己負担額が高額になり、自己負担限度額を超えた額の払い戻しを受ける場合にご申請ください。
2. 月をまたいで申請や複数月を記入しての申請はできませんので、ひと月（1日から末日）単位でご申請ください。
3. 申請書は被保険者ご自身をご記入ください。被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方がご記入ください。
4. 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。
5. 支給決定は医療機関等から提出される診療報酬明細書（レセプト）の審査を経て行いますので、給付金のお支払いまで診療月から5ヵ月以上かかります。

申請書記入上のご注意

1. ①の欄は被保険者証の記号と番号をご記入ください。枝番は記入不要です。
2. ②の欄は家族（被扶養者）が受診した場合でも、被保険者の氏名をご記入ください。
3. ③の欄は被保険者の生年月日をご記入ください。
4. 【申請内容】は、受診者・医療機関・療養の種別（入院・外来・歯科・調剤）ごとにご記入ください。医療機関を4か所以上受診されている（欄が足りない）場合は続紙として支給申請書をご用意いただきご記入ください。
5. ⑧の欄は受診者の氏名・被保険者からみた続柄（受診者が被保険者の場合は「本人」）・生年月日（和暦）・受診時の年齢をご記入ください。
6. ⑪・⑫の欄は療養を受けた期間のうち、同一月内の期間についてのみご記入ください。
例）外来で令和5年4月3日、15日、28日に受診した場合
⑪（療養を受けた期間）令和5年4月3日から同月28日まで
⑫（療養を受けた日数）3日間
7. ⑭の欄は医療機関で支払った額のうち保険診療分の金額（差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額）をご記入ください。ただし、その額が明確でないときは医療機関で支払った額をご記入ください。
8. ⑮の欄は自己負担すべき額の一部または全部について、他の制度から助成を受けたか（または受ける予定か）どうかをご記入ください。
9. ⑰～⑳の欄は被保険者または受取代理人の振込先口座情報をご記入ください。
10. 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して正しい内容をご記入ください。

添付書類

● 該当する診療の医療機関の「領収書」の写し	
▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。	
ケガ（負傷）による申請の場合	● 負傷原因届
第三者の行為による傷病の場合	● 第三者行為による傷病届 詳しくは健康保険組合までご連絡ください。
被保険者が亡くなられ、相続人が請求する場合	● 被保険者との続柄が分かる「戸籍謄本」等 死亡時に相続人が被扶養者であった場合は不要です。
被保険者が住民税非課税者の場合	● 最新の非課税証明書 申請書証明欄に市区町村長の証明を受けた場合は不要です。