

高額療養費支給申請書 記入例

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 / 給付課03-3576-3511②

健康保険	被保険者 被扶養者 世帯合算	高額療養費及び 一部負担還元金 家族療養費付加金 支給申請書 合算高額療養費付加金	1 2
------	----------------------	---	--------

1 平成 年 月 診療分
令和

被保険者(申請者)情報	2 被保険者等の (右つめ) 記号 227 番号 350	生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 48 年 4 月 5 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和
	3 氏名 (フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎	4 標準報酬月額 410 千円
	住所 (〒 332-0035) 埼玉県 川口市西青木	
	5 電話番号 (日中の連絡先) TEL 048(258)△△△△	〇-〇-〇

6 金融機関 名称	銀行コード: 0017 銀行 金庫 信組 支店コード: 357 本店 支店
	名 称: 埼玉りそな 川口
	預金種別 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知 口座番号 9876540 左つめでご記入ください。
口座名義	ケンポ タロウ
口座名義の区分	1 1.申請者 2.代理人

「2」の場合は必ず記入ください。

7 受取代理人(健保口)の欄	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。 令和 年 月 日
	被保険者(申請者) 氏名 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人(健保口情報)	事業所指定口座(健保口)への振り込みを指定される場合は、こちらへご記入ください。
	ひらがな 氏名

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

※記入内容を訂正する場合は、被保険者(申請者)が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者(申請者)の氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

- 1 高額に該当した診療月をご記入ください。(申請は1ヶ月ごとに必要です)
- 2 記号・番号は、①マイナポータル②資格情報のお知らせ③資格確認書(健康保険証)に記載されています。枝番の記入は不要です。(資格喪失後で不明な場合は空欄のままでも可)
- 3 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の情報をご記入ください。
- 4 月平均の給与の等級金額をご記入ください。(不明な場合は空欄のままでも可)
- 5 日中繋がる電話番号をご記入ください。
- 6 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の振込先口座をご記入ください。
※給付金の受取は、被保険者または会社の口座(受取代理)のみとなります。
- 7 受取代理人の欄に記入の場合、当組合から会社の口座へ振込となりますので後日会社からの受取です。

※記入内容を訂正する場合は、被保険者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。

高額療養費支給申請書 記入例

東京屋外広告ディスプレイ健康保険組合 / 給付課03-3576-3511②

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費及び 世帯合算 一部負担還元金 家族療養費付加金 支給申請書 合算高額療養費付加金

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名		健保 太郎		※記入内容を訂正する場合は、被保険者(申請者)が二重線で抹消し、正しい内容を記入し、被保険者(申請者)の氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。	
申請内容	1 診療月	8 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 29年 1月 <input type="checkbox"/> 令和		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	1 被保険者 2 家族(被扶養者)		1 被保険者 2 家族(被扶養者)	
	氏名	健保 太郎			
	家族の場合はその方の				
	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="checkbox"/>				
	生年月日	4 8 4 5 年 月 日			
3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称 鳩ヶ谷総合病院 所在地 川口市南鳩ヶ谷◇一◇				
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。 腰部脊柱管狭窄症				
療養を受けた期間	10 29 1 9 から 27 まで				
入院通院の別	1 入院 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)	11 175,650 円				
自己負担額が不明の場合は支払った総額					
6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	2 1. はい 2. いいえ				
助成を受けた制度の名称					
はいの場合	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・令 年 月 2 平・令 年 月 3 平・令 年 月

※限度額認定証(高額療養費の現物給付)を使用した場合も、該当する場合があります。

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。)

12 市区町村長が証明する欄 当該被保険者は平成・令和 年度の 市区町村長名 証明する欄

- ⑧ 高額に該当した診療月をご記入ください。(申請は1ヶ月ごとに必要です)
- ⑨ ケガ(骨折、打撲、損傷等の外傷性のもの)は、別紙『負傷原因届』を記入し、添付してください。
- ⑩ 受診した日付をご記入ください。だいたいの期間でも構いません。
- ⑪ 領収書を参照してご記入ください。(不明な場合は空欄でも可)
- ⑫ (非)課税世帯の場合のみ、どちらかを選択してください。
 1. 市区町村役所(場)にてこちらの欄に証明を依頼(押印省略不可)
 2. 「(非)課税証明書 原本」を添付
 ※(非)課税証明書の該当診療内は、一度ご提出いただければ次回以降は添付不要です。

(非)課税証明書 原本 ※発行日より3ヶ月以内のもの

4月～7月診療分・・・前年度の(非)課税証明書
8月～3月診療分・・・当年度の(非)課税証明書

【例】令和5年7月～令和5年7月 → 令和4年度(非)課税証明書
令和6年3月～令和6年3月 → 令和5年度(非)課税証明書

※ご記入いただいた内容を訂正する場合は、被保険者が訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容と被保険者氏名(フルネーム)を記入してください。修正液(テープ)等を使用しないでください。