

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

支給決定までに受診した月から3ヶ月ほどかかります

被保険者 (申請者) 情報	記号	番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください		
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	氏名 (自署)	(フリガナ)		生年月日	昭和 年 月 日 平成 令和
	住所	(〒 一)		都道府県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL				
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。 (委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

振込先指定口座	金融機関 名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所	
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 <input type="checkbox"/> 4. 通知	口座番号 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。) <input type="text"/> <input type="text"/>		口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 2. 代理人

口座名義の区分「2. 代理人」を指定した場合、下記の被保険者(申請者)欄は必ずご記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者) 自署	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
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所	「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
		(〒 一) TEL ()	委任者と 代理人との 関係	
	住所 (フリガナ)			
	氏名			

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

(R6.12)

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

**被保険者
健康保険被扶養者 高額療養費 支給申請書
世帯合算**

1

2

被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容

療養の内容などについて

医療機関等で支払った金額などについて

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）	
	氏名		□ 昭和 □ 平成 □ 令和		□ 昭和 □ 平成 □ 令和	
	家族の場合は その方の 生年月日		□ 昭和 □ 平成 □ 令和		□ 昭和 □ 平成 □ 令和	
			年 月 日		年 月 日	
					年 月 日	
3 療養を受けた 医療機関・薬局の 所在地	名称					
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。					
			年 月 日		年 月 日	
			から		から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	
			まで		まで	
					年 月 日	
					から	
			□ □		□ □	