

被保険者
被扶養者
世帯合算

健康保険 高額療養費支給申請書 (令和 2年 6月診療分)

記入例

①被保険者(であった方)の記号・番号 100 - 1		②被保険者(申請者)の氏名 健保 一郎		③被保険者の勤務していた又は勤務する事業所名称 ○株式会社	
④被保険者(申請者)の住所・電話番号 〒 451-0000 愛知県名古屋市西区○○1-1-1 △△マンション***号室		電話 052-1111-1111			
⑤療養を受けた方の氏名・生年月日・続柄 1 氏名 健保 花子	生年月日 平成2年6月25日	続柄 妻	氏名 健保 花子	生年月日 平成2年6月25日	続柄 妻
	⑥療養を受けた病院・診療所・薬局等の名称・所在地 名称 ○○○病院	所在地 名古屋市西区○○	名称 △△病院	所在地 名古屋市中村区○○	
⑦傷病名 腰椎圧迫骨折		腰椎圧迫骨折			
⑦の傷病名が負傷による場合、「負傷原因届書」の添付が必要です。また第三者の行為による負傷または交通事故の場合は「第三者の行為による傷病届」、交通事故によるもの場合は、「交通事故に関する書類一式」の提出が別途必要になります。					
⑧⑥の病院等で療養を受けた期間及び入院通院の区別	令和2年6月1日 から 10日間 令和2年6月10日 まで	入院 通院	令和2年6月11日 から 3日間 令和2年6月20日 まで	入院 通院	から 日間 まで 日間 入院 通院
⑨⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(健康保険適用分自己負担額)	200,000 円		25,000 円		円
⑩他の制度により自己負担相当額の支給を受けられるか	受けられる (制度名:) (費用徴収の有無: 無・有)	受けられる (制度名:) (費用徴収の有無: 無・有)	受けられる (制度名:) (費用徴収の有無: 無・有)	受けられない	受けられない
⑪今回の申請診療月以前1年以内に3回以上高額療養費の支給を受けたか	受けた 受けない	受けたときはその直近の診療月 令和 年 月 診療分 令和 年 月 診療分 令和 年 月 診療分			
⑫【非課税者のみ】市区町村長が証明する欄	上記②欄の者には令和 年度の市区町村民税が課せられないことを証明する 令和 年 月 日 市区町村長名				
委任状	請求額を受領を下記の者に委任します。 令和2年7月1日 委任された者の 事業所所在地 愛知県名古屋市西区○○5-5 事業所名称 ○株式会社 代表者氏名 ○○		被保険者氏名 健保 一郎		

被保険者が申請時に退職している、または死亡による申請のときに記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)					
振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義人	
銀行 金庫 信組	店・本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	才	フリガナ	

備考欄

※70歳以上の方(後期高齢者医療制度該当の方を除く)の医療費を申請する場合には別紙にも記入してください※

【記入上の注意事項】

- ㉞ 高額療養費を請求する診療年月を記入。申請書は診療月毎に必要。
(例:10/5入院、11/20退院、10月分・11月分ともに自己負担額が自己負担限度額を超える⇒申請書は2通作成が必要です)
- ㉟ ⑤～⑩は、70歳未満の被保険者・被扶養者に関して同一月に医療機関別、入院・通院別に記入。
 - ・21,000円を超える自己負担額が複数発生する場合は件数分を記入。
 - ・外傷の場合は、別紙の「負傷原因届」を添付。第三者行為による場合は、別紙の「第三者の行為による傷病届」の提出が必要。
 - ・医療機関で支払った自己負担金額の内、保険診療分についてののみ記入。
- ㊱ 診療を受けた月の属する年度(4月～7月診療分は前年度)分の市区町村民税が課税されない世帯の方のみ、証明書を添付するか市町村の証明を受ける
- ㊲ 被保険者が在職中の場合は、事業所振込となるため、被保険者および事業所の記入・捺印が必要。
- ㊳ 被保険者が退職している、または被保険者が死亡している場合のみ記入。