# 健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者情報 | 被保険者等記号・番号 | 記号　　番号<br>（記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。） | | |
| | 氏　名 | （フリガナ） | 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| | 住　所 | 〒　　－　　都・道 府・県 | | |
| | | | 電話番号（日中の連絡先） | （　　） |
| | 事業所名称 | | 提出委任 | □ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✔） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 振込先 | 金融機関名称 | 銀行・金庫・信組 農協・その他（　　） | 預金種別 | 普通・当座・その他（　　） |
| | | 支店・本店・出張所 その他（　　） | 口座番号（左づめ） | |
| | 口座名義（カタカナで記入） | | 口座名義区分 | 被保険者（申請者）・代理人 |
| | 公金受取口座 | □ 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。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入して〈ください)<br>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。 | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 委任状 | 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 | 被保険者（申請者） | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和　　年　　月　　日<br>氏名 |
| | | 代理人（口座名義人） | 住所 |
| | | | 氏名　　被保険者との関係（　　） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請内容 | 診療月（月単位で申請） | 令和　　年　　月　（左記診療月に対し、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。） | | |
| | 受診者の 氏　名 | 続柄（　　） | 続柄（　　） | 続柄（　　） |
| | 受診者の 生年月日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 | 昭・平・令　　年　　月　　日 |
| | 傷病名 | | | |
| | 療養を受けた医療機関や薬局の 名　称 | | | |
| | 療養を受けた医療機関や薬局の 所在地 | | | |
| | 診療を受けた期間（月単位） | 令和　　年　　月　　日 から 日 まで | 令和　　年　　月　　日 から 日 まで | 令和　　年　　月　　日 から 日 まで |
| | 病院等に支払った額（保険診療分の自己負担額） | 円 | 円 | 円 |
| | 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・いいえ | はい・いいえ |
| | （はいの場合は制度名等） | 制度名 ▸<br>自己負担分の助成 ▸<br>全額助成・一部自己負担あり | 制度名 ▸<br>自己負担分の助成 ▸<br>全額助成・一部自己負担あり | 制度名 ▸<br>自己負担分の助成 ▸<br>全額助成・一部自己負担あり |

【添付書類】 ① 領収書のコピー

② 傷病名が外傷性（ケガ）の場合は、「負傷の原因届」、傷病原因が第三者行為による場合は、「第三者行為による傷病届」

○ 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。

| | |
|---|---|
| 市区町村が証明する欄 | 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 |

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

| | |
|---|---|
| 社会保険労務士の提出代行者名記載欄 | |

東京文具販売健康保険組合

（R6.12）

# 高額療養費支給申請書 記入例

東京文具販売健康保険組合｜給付課　03-3866-7178

**健康保険** 被保険者 被扶養者 世帯合算 **高額療養費 支給申請書**

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ❶ 被保険者等 記号・番号 | 記号 987 | 番号 654321 （記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。） | | |
| 被保険者情報 ❷ 氏名 | （フリガナ） ケンポ タロウ<br>健保 太郎 ❸ | | 生年月日 | (昭)平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日 |
| 住所 | 〒 110 － 0000 東京 (都)・道・府・県 墨田区○○ ×－× | | | |
| | □□マンション×××号 | | 電話番号（日中の連絡先） | 090 （ 1234 ）○○○○ |
| 事業所名称 | （株）○○○○ | | 提出委任 | □ 本申請書の提出を事業主へ依頼します。（事業主経由（依頼）する場合は✔） |
| 振込先 金融機関名称 | ○○○○ | (銀行)・金庫・信組・農協・その他（ ） | 預金種別 | (普通)・当座・その他（ ） |
| | △△△△ | (支店)・本店・出張所・その他（ ） | 口座番号（左づめ） | 1234567 |
| 口座名義（カタカナで記入） | ケンポ タロウ | | 口座名義区分 | (被保険者(申請者))・代理人 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 委任状 ❹ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。 | 被保険者（申請者） | 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日<br>氏名 | |
| | 代理人（口座名義人） | 住所 | |
| | | 氏名 | 被保険者との関係（ ） |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請内容 ❺ 診療月（月単位で申請） | 平(令) ○ 年 8 月 （左記診療月に対し、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。） | | | |
| ❻ 受診者の 氏名 | 健保 花子 続柄（長女） | 健保 花子 続柄（長女） | 続柄（ ） | |
| 生年月日 | 昭(平)令 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 昭(平)令 ○ 年 ○ 月 ○ 日 | 昭・平・令 年 月 日 | |
| ❼ 傷病名 ※ | 関節リウマチ | 関節リウマチ | | |
| 療養を受けた医療機関や薬局の 名称 | △△総合病院 | ○○薬局 | | |
| 所在地 | 東京都△△区○○ ×－×－× | 東京都△△区○○ ×－× | | |
| 診療を受けた期間（月単位） | 平(令) ○ 年 8 月 10 日から 28 日まで | 平(令) ○ 年 8 月 10 日から 28 日まで | 平・令 年 月 日から 日まで | |
| ❽ 病院等に支払った額（保険診療分の自己負担額） | 141,800 円 | 7,400 円 | 円 | |
| ❾ 他の公的制度から医療費の助成を受けていますか（はいの場合は制度名等） | はい (いいえ)<br>制度名 ▸<br>自己負担分の助成 ▸ 全額助成・一部自己負担あり | はい (いいえ)<br>制度名 ▸<br>自己負担分の助成 ▸ 全額助成・一部自己負担あり | はい・いいえ<br>制度名 ▸<br>自己負担分の助成 ▸ 全額助成・一部自己負担あり | |

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 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。

| | | |
|---|---|---|
| ❿ 市区町村が証明する欄 | 当該被保険者は、平・令 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 |

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

⓫ マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

▶ **当組合では、受診月から約3か月後に高額療養費に該当された方へ申請書をお送りしています。**

❶ 記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。

❷ 対象者が家族（被扶養者）の場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 押印は不要です。

❹ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。
なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、続柄のわかる書類等（戸籍謄本、住民票など）の添付をお願いすることがあります。

❺ 月（1日から末日）を単位としてご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入して申請はできません。

❻ 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。記入欄が足りない場合は、当組合ホームページより申請書を印刷してください。

❼ 傷病名が外傷性（ケガ）の場合は、別途書類が必要となります。「負傷の原因届」または「第三者行為による傷病届」を提出してください。

❽ 保険診療分の金額をご記入ください。
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は含めません。

❾ 受診された方が「乳幼児」「ひとり親家庭」などで、市区町村から医療費助成を受けている場合は、その制度名をご記入ください。
また、医療機関の窓口での自己負担がない場合は、「全額助成」に、自己負担がある場合は、「一部自己負担あり」に○を付けてください。

❿ 被保険者本人が非課税者の場合は、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。
注1）診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「（非）課税証明書」が必要です。
注2）診療を受けた月が7月までは「前年度分」、8月以降は「当年度分」となります。

⓫ ❶の被保険者等の記号及び番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

注：この申請書を事業所（事業主）経由で提出される場合は、「被保険者情報」欄の「提出委任」に ✓ を付けてください。