

高額療養費・付加金等支給申請書 記入例

健康保険 被保険者 高額療養費・付加金等 支給申請書		任継用	
被保険者情報	1 被保険者等記号・番号	記号 801 番号 123456	事業所名称
	2 氏名	(フリガナ) ケンポ タロウ 健保 太郎 (押印不要)	生年月日 昭・平・令 ○○年 ○月 ○日
	住所	〒 110-0000 東京都墨田区○○ 1-2-3 □□マンション×××号	電話番号 (日中の連絡先) 090 (1234) ○○○○

振込先	金融機関名称	〇〇〇〇	銀行・金庫・信組 農協・その他()	預金種別	普通・当座・その他()
	口座名義 (カタカナで記入)	△△△△	支店・本店・出張所 その他()	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
3 公金受取口座	<input type="checkbox"/> 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、上記の口座情報の記入は不要です。)				

委任状	4 口座名義区分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
	代理人 (口座名義人)	氏名	住所
		氏名	被保険者との関係 ()

申請内容	5 診療月 (月単位で申請)	令和 ○ 年 8 月 (左記診療月に対し、受診ごと(医療機関、薬局、入院、通院別等)にご記入ください。)		
	6 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
	7 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	〇〇薬局	
	療養を受けた期間 (月単位)	令和 ○ 年 8 月 10 日から 28 日まで	令和 ○ 年 8 月 10 日から 28 日まで	令和 年 月 日から 日まで
	8 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
	9 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)	はい (いいえ)	はい・いいえ
		制度名・自己負担分の助成・全額助成・一部自己負担あり	制度名・自己負担分の助成・全額助成・一部自己負担あり	制度名・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住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。

10 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。	市区町村長名	印
---------------	---	--------	---

11 マイナンバー記入欄 (被保険者等記号・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。	受付印
社会保険労務士記載欄 氏名等		

記入もれや誤りが多いところ (特にご注意ください。)

- 1 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。
- 2 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。)
- 3 マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は を付けてください。(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。) 注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- 4 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。
- 5 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、複数月を記入しての申請はできません。
- 6 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。
- 7 傷病の原因がケガの場合は「負傷届」の提出が必要となります。また、第三者の行為による場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当健康保険組合(右上の電話番号)にお問い合わせください。
- 8 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。
- 9 受診された方が「乳幼児」「ひとり親家庭」「指定難病」などで、市区町村から医療費の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。
- 10 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」の証明書が必要です。
- 11 ①の被保険者等記号・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。