

高額療養費を請求するとき

医療費の自己負担額が一定額以上になり、高額療養費の対象となった場合には、「高額療養費支給申請書」にてご請求ください。後日、支払った医療費が高額療養費として払い戻されます。

※保険証の使えない治療費、入院時の食事代・差額ベッド代等は対象外となります。

申請書類：「高額療養費支給申請書」（単票）

申請期限：診療を受けた月の翌月の初日から2年以内

添付書類：「窓口で支払った医療費の領収書（写）」

「非課税証明書」（※被保険者が前年度住民税非課税の場合：新卒入社等）

被保険者・家族・合算、対象の種別を○で囲んでください。

診療月ごとに申請書をご提出ください。

被保険者名は、必ず自署でご記入ください。

窓口で支払った保険診療にかかる負担額をご記入ください。（食事代・差額ベッド代等は除く）

被保険者以外の方が、療養費を受け取る場合には、被保険者氏名、代理人欄を、それぞれ自署でご記入ください。

被保険者本人の振込口座をご記入ください。なお、代理人の方が受け取る場合には代理人の口座をご記入ください。

本人
家族
合算

高額療養費支給申請書

◎診療月ごとに申請書をご提出ください。

※申請書は黒のボールペン（消えないペン）でご記入ください。

診療年月	令和4年4月分		
事業所名（または勤務していた事業所名）	株式会社○○○○		
被保険者生年月日	昭和	平成	令和
自宅電話番号	03-0000-9999		
携帯電話番号	000-0000-0000		
被保険者証 記号	123	番号	9999
フリガナ	ケンポ タロウ		
氏名	健保太郎		
被保険者（申請者）住所	〒000-0000 東京都中央区日本橋大伝馬町0-0 00アパート000号室		
療養を受けた方の氏名	健保 うめ		
生年月日	昭和30年4月12日生	年月日生	年月日生
続柄	母	続柄	続柄
年齢	67歳	年齢	年齢
療養を受けた病院等	〇〇病院 所在地 東京都葛飾区亀有0丁目0-0		
区分	入院（外）科	入院（）科	入院（）科
該当する区分に○をして下さい	通院・歯科・調剤	通院・歯科・調剤	通院・歯科・調剤
療養を受けた期間	令和4年4月1日から 同月10日まで 10日間	年月日から 同月 日まで 日間	年月日から 同月 日まで 日間
病院等で支払った額（自己負担額）	500,000円		
国または都道府県（市区町村）等から医療費の補助が受けられるかどうか	イ 受けられない ロ 受けられる（制度名） （費用の徴収 有・無）	イ 受けられない ロ 受けられる（制度名） （費用の徴収 有・無）	イ 受けられない ロ 受けられる（制度名） （費用の徴収 有・無）
今回申請の診療月	診療月	年月診療分	年月診療分
以前1年間に高額療養費の支給を3月以上受けた場合	保険証の記号・番号		
	事業所名		
受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します 被保険者（申請者）氏名 住所 代理人の氏名		
支払金融機関	金融機関コード	1234	支店番号
	銀行	0000	123
	口座番号	普通・当座	1234567
	口座名義（カタカナで）	ケンポ タロウ	

- ★添付する書類
1. 病院等で支払った領収書の写し
 2. 被保険者が市区町村の非課税者である場合は、市区町村民税の非課税証明書(原本)
生活保護法の要保護者である場合は、福祉事務所の保護開始決定書の写し。
 3. 申請者が相続人の場合は、戸籍謄本(原本)。