

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。

注意
病院で支払った「額は、保険診療分に係る自己負担額についてのみ記入してください（部屋代・食事療養費を除く）。
高額療養費のお支払は、最短でも受診月の3ヵ月後になります。（医療機関の処理状況により3ヶ月以上かかる場合もございます）。

◎この請求書に記載されている個人情報には提供いたしません。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	被保険者証	記号	番号	事業所名（または勤務していた事業所名）		
	被保険者（申請者）氏名	フリガナ		被保険者生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日生	
	被保険者（申請者）住所	〒		自宅電話番号		
				携帯電話番号		
	療養を受けた方の氏名					
	生年月日	年 月 日生	年 月 日生	年 月 日生		
	続柄 年齢	続柄（ ） 歳	続柄（ ） 歳	続柄（ ） 歳		
	療養を受けた病院等	名 称				
		所在地				
	区分 該当する区分に○をして下さい	入院（ ）科 通院 ・ 歯科 ・ 調剤	入院（ ）科 通院 ・ 歯科 ・ 調剤	入院（ ）科 通院 ・ 歯科 ・ 調剤		
療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間	年 月 日から 同月 日まで 日間	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）	円	円	円			
国または都道府県 （市区町村）等から 医療費の補助が 受けられるか否か	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 以前1年間に高額 療養費の支給を 3月以上受けた場合 その年月等	診療月	年 月 診療分	年 月 診療分	年 月 診療分		
	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

★受領委任する場合、「支払金融機関欄」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入してください。

受付日付印

支 払 金 融 機 関 欄	金融機関コード	支店番号	
		銀行 金庫	本店 支店
	口座番号	普通・当座	
	口座名義 （カタカナで）		

★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)。

全日本理美容健康保険組合