

# 健康保険 高額療養費 支給申請書

本人  
家族  
合算

( 年 月 受診分)

◎ 入院時の食事にかかる標準負担額は、高額療養費の対象になりません。

◎ 裏面の注意事項をよく読んでご提出下さい。(申請書は、月毎に必要となります。)

①被保険者証の 記号・番号			②標準報酬月額	③事業所の 名称	
④療養を受けた者の 氏名・生年月日・続柄	氏名	続柄	⑮※合算高額の場合記入してください。		
	昭和・平成・令和 年 月 日		氏名	続柄	氏名 続柄
⑤傷病名			昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
発病又は 負傷の原因	(具体的に) ※負傷の場合は、詳しく記入してください		(具体的に)	(具体的に)	(具体的に)
負傷等 したときは	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・休日・その他		出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・休日・その他	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・休日・その他	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・休日・その他
⑥療養を受けた病院・診療所 等の名称及び 所在地	名称		名称	名称	名称
	所在地		所在地	所在地	所在地
⑦⑥の病院等で 療養を受けた 期間	年 月 日から 日 月 日まで 入院・通院 日間		年 月 日から 日 月 日まで 入院・通院 日間	年 月 日から 日 月 日まで 入院・通院 日間	年 月 日から 日 月 日まで 入院・通院 日間
⑧⑦の期間に受 けた療養に対 して病院等で 支払った額	円		円	円	円
⑨限度額適用 認定証の交付 を受けている かどうか。	受けている ( 年 月 日発効) 受けていない		受けている ( 年 月 日発効) 受けていない	受けている ( 年 月 日発効) 受けていない	受けている ( 年 月 日発効) 受けていない
⑩他制度から 自己負担額の 支給を受けら れるかどうか	受けられる 制度名 ( )	費用 徴収 (有・無)	受けられる 制度名 ( )	費用 徴収 (有・無)	受けられる 制度名 ( )
⑪今回申請の 受診月以前1 年間に受けた 高額療養費	受診月	年 月受診分	年 月受診分	年 月受診分	年 月受診分
	被保険者証 の記号番号				
<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 <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) 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。					
⑫フリガナ			普通	店番	口座名義人氏名 (被保険者)
			当座	口座番号	フリガナ
払渡し希望 銀行の口座	銀行 (信用金庫)	本店 (支店)	貯蓄		氏名
⑬市町 村長 が	_____は _____年度の市(区)町村民税 が課されないことを証明する。		⑭委 任 状	申請金額の受領を下記の者に委任します。	
	市(区)町村民長名			被保険者氏名 (申請者) 委任された者の 事業所名 住所 氏名	

上記のとおり申請します。 被保険者(申請者)住所.....

年 月 日 被保険者(申請者)氏名.....

愛鉄連健康保険組合理事長 殿 TEL(.....) .....

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄にを入れてください。  
 (マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄	
-----	--