

# 記入例

者・世帯合算 健康保険高額療養費支給申請書 (令和〇年4月診療分)

1

1000	番号	100	②被保険者氏名 (被保険者死亡の際は 申請者氏名)			健保 一朗		
③事業所名称 情報サービス株式会社			※自署してください					
④被保険者(申請者)住所・電話番号 〒460-0000 愛知県名古屋市中区錦〇〇-××			TEL (052) 〇〇-××××					
⑤療養を受けた方の氏名生年月日続柄	氏名	健保 花子			氏名	健保 花子		
	生年月日	昭平令 2・6・25	続柄	妻	生年月日	昭平令 2・6・25	続柄	妻
⑥療養を受けた病院・診療所薬局等の名称所在地	名称	〇〇〇病院			名称	△△△病院		
	所在地	名古屋市〇〇区〇〇町			所在地	名古屋市△△区△△町		
⑦傷病名		腰椎圧迫骨折			腰椎圧迫骨折			
⑦の傷病名が負傷による場合は「負傷原因届書」の添付が必要です。また第三者の行為による負傷又は交通事故によるものは「交通事故に関する書類一式」の提出が別途必要になります。いずれも当組合HPからダウンロード可能。								
⑧⑥の病院等で療養を受けた期間及び入院通院の区別	〇年4月1日から	10日間	入院	〇年4月11日から	3日間	入院	年月日から	日間
	〇年4月10日まで		通院	〇年4月20日まで		通院	年月日まで	通院
⑨⑧の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(健康保険適用分自己負担額)		200,000 円			25,000 円			
⑩他の制度により自己負担相当額の支給を受けられるか		受けられる(制度名: ) (費用徴収の有無: 無・有) 受けられない			受けられる(制度名: ) (費用徴収の有無: 無・有) 受けられない			
⑪今回の申請診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けたか		受けた 受けない			受けた時はその直近の診療月 令和 年 月診療分			
⑫【非課税者のみ】市区町村長が証明する欄				⑬委任状				
上記⑫欄の者には 令和 年度の市(区)町村民税が課せられないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 印				この申請書は申請者本人が作成したものであり、本申請書に基づく給付金に関する受領を下記の者委任することを申請者本人が確認しています。 令和 〇年 5月 1日 被保険者 健保 一朗 ※自署してください				
委任された者 事業所所在地 愛知県名古屋市中区錦〇〇-△△ 事業所名称 情報サービス株式会社 事業主氏名 情報 太郎								

※被保険者が高額療養費申請時に退職している場合のみ記入してください。(申請者名義の口座のみ振込可能)

⑭ 公金受取口座	☐マイナンバー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☑、利用しない場合は下記の欄を記入。)			
銀行等名称	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義(カタカナ)
銀行	本店	1. 普通	.....	
信金	支店	2. 当座	.....	

⑮ 備考欄

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。  
被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(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、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要となります。

- ① 高額療養費を請求する診療年月を記入。申請書は診療月毎に必要。
  - ② ⑤～⑩は、70歳未満の被保険者・被扶養者に関して同一月に医療機関別、入院・通院別に記入。
    - ・21,000円を超える自己負担額が複数発生する場合は件数分を記入。
    - ・外傷の場合は、別紙の「負傷原因届書」を添付。第三者行為による場合は、別紙の「第三者の行為による傷病届」の提出が必要。
    - ・医療機関で支払った自己負担金額の内、保険診療分についてのみ記入。
  - ③ 診療を受けた月の属する年度(4月～7月診療分は前年度)分の市区町村民税が課税されない世帯の方のみ、証明書を添付するか市町村の証明を受ける。
  - ④ 被保険者が在職中の場合は、事業所振込となるため、被保険者および事業所の記入が必要。
  - ⑤ 被保険者が退職している、または被保険者が死亡している場合のみ記入。
- 愛知県情報サービス産業健康保険組合