

被保険者(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	生年月日 年 月 日 <input type="text"/>
	氏名・印	(フリガナ) _____		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒 _____ )	都 道 府 県	自署の場合は押印を省略できます。
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ( _____ )		

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( _____ )	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号 <input type="text"/>
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(ˆ)は1字としてご記入ください。) <input type="text"/>	

口座名義の区分  
 1. 申請者  
 2. 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		平成 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所 (〒 _____ ) TEL ( _____ )	委任者と 代理人との 関係	
	氏名・印	(フリガナ) _____		
			印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

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。  
(マイナンバーを記載した場合は、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。)

備考欄

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

受付日付印

申請内容	1 診療月 (月単位で請求)	平成 年 月		[左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院 別等)にご記入ください。]			
	2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)			
		氏名 家族の場合はその方の 生年月日		氏名 家族の場合はその方の 生年月日		氏名 家族の場合はその方の 生年月日	
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称 所在地					
療養の内容などについて	4 傷病名						
	療養を受けた期間	(平成)年 月 日 から 年 月 日 まで		(平成)年 月 日 から 年 月 日 まで		(平成)年 月 日 から 年 月 日 まで	
	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他		<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円		円		円	
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円		円		円	
6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ		
	はいの場合	助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容		助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容		助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容	

1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月

1 平成 年 月

2 平成 年 月

3 平成 年 月

この申請に係る健保組合からの問い合わせ及び支給決定通知書の送付を事業所の担当者を通じて行うことに同意される場合は、右欄に署名・捺印をお願いします。

8 同意欄

被保険者(申請者)氏名

印

被保険者本人が市区町村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。(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)

市区町村長が証明する欄

当該被保険者は平成 年度の  
市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名

印

# 高額療養費支給申請書の注意事項

## 1. この申請書の添付書類について

### ①医療機関の領収書の写

## 2. 申請は月単位となります。診療月ごとに申請書を作成してください。

## 3. マイナンバーによる申請について

平成29年1月以降、マイナンバーによる申請が可能となりましたので、被保険証に代わりマイナンバーで申請する場合は、備考欄にマイナンバーを記載してください。

マイナンバーで申請する場合は、番号確認のための個人番号カードの写等、本人確認のための免許証やパスポート等の写の添付が必要となりますので、ご注意ください。

## 4. 振込先指定口座は間違いのないよう正確に記入してください。

申請者(被保険者)以外の方に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」に申請者および代理人(※)の署名・捺印を必ずしてください。

(※)代理人とは、扶養家族の方も該当しますので、委任欄へ署名・捺印漏れがないようご注意ください。

## 5. 70歳未満の方の申請方法(70歳以上で現役並所得者(標準報酬月額28万以上)の方を含む)

同一の月にて、医療機関別、入院・通院(薬局含む)別に41,000円を超える自己負担額(※)がある場合に申請できますので、該当する医療機関名等を記入してください。

また、医療機関別、入院・通院(薬局含む)別に21,000円を超える自己負担額が複数ある場合は、その医療機関名等を入院・通院ごとにそれぞれ記入してください。

(※)自己負担額とは、保険診療分をさし、特別室料、税金、文書料、病衣使用料等は含みません。

また、入院時食事療養費の負担額も自己負担額に含まないのでご注意ください。

## 6. 70歳以上の方の申請方法

70歳以上の被保険者・被扶養者に関しては、同一月に受診した、医療機関別、入院・通院別のすべての自己負担額を申請書に記入してください。

## 7. 申請書項目8の「同意欄」は事業所担当者へ手続きを委任されない場合は記入不要ですが、会社経由で提出する場合には必ず署名・捺印をお願い致します。

同意ない場合は、組合からの問合せおよび支給決定通知書の送付は、「被保険者(申請者)情報」に記載された電話番号とご住所へ連絡・送付致します。

## 8. この申請書の記入方法等についての不明な点等ありましたら、

倉庫業健康保険組合 業務二課 TEL03-3642-8436 までお問合せ願います。