

【記入例その1】健康保険 高額療養費支給申請書

保 険 者 （ 申 請 者 ） の 入 入 入 入 入 入 入 入 入 入	① 被保険者等 記号-番号	999 - 9999	被保険者 (申請者) 氏 名	(フリガナ) ケンボ タロウ 健保 太郎	
	③ 被保険者 (申請者) 住 所	〒 123 - 4567 電話 012 - 3456 - 7890 千葉県習志野市△△〇-〇-〇			
	④ 事業所 名 称	千葉県トラック運送(株)			
	事業所 所 在 地	千葉県習志野市菟浜〇-〇-〇			
	⑤ 受 療 者	氏 名 (続柄)	健保 太郎 (本人)	健保 太郎 (本人)	()
		生 年 月 日	昭和 平成・令和 58 年 12 月 31 日	昭和 平成・令和 58 年 12 月 31 日	昭和・平成・令和 年 月 日
	⑥ 傷 病 名	傷 病 名	糖尿病	糖尿病	
		療養を受けた 医療機関・薬局	名称 健保クリニック	名称 健保クリニック	
	⑦ 療 養 を 受 け た 期 間	所在地 千葉県習志野市〇-△	千葉県習志野市〇-△		
		令和 6 年 12 月 1 日から 5 日まで	令和 6 年 12 月 7 日から 7 日まで	令和 年 月 日から 日まで	
⑧ 自 己 負 担 額	152,300 円	25,000 円	円		
	入院・通院の別	1. 入院 2. 通院	1. 入院 2. 通院	1. 入院 2. 通院	
⑨ 他 の 公 的 制 度 か ら 、 医 療 費 の 助 成 を 受 け ら れ る か ど う か	1. 受けられる 制度名 :	1. 受けられる 制度名 :	1. 受けられる 制度名 :		
	2. 受けられない	2. 受けられない	2. 受けられない		
⑩ 被 保 険 者 名 義 (申 請 者) 受 取 金 融 機 関	銀行 信用金庫 △△ 信用組合 農 協	本店 普通 口座番号 7ケタで記入 234567	支店 別 当座 口座名義 (カタカナ) ケンボ タロウ		

被保険者本人が市区町村民税非課税の場合は、この欄に市区町村より証明を受けるか、被保険者分の「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付して下さい。(1月から5月診療分については、前年度の課税に関する証明を、6月から12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下さい。)

⑩ 市区町村長が証明する欄	当該被保険者は令和 年度の市区町村民税が課されないこと証明する。 市区町村長名
---------------	--

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

支 払 日 付 印	受 付 日 付 印
-----------	-----------

【記入ポイントその1】

<被保険者(申請者)が記入するところ>

- ①被保険者等記号-番号
被保険者証または資格情報のお知らせ、資格確認書に記載されています。
- ②被保険者(申請者)氏名
被保険者氏名をご記入ください。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者氏名をご記入ください。
- ③被保険者(申請者)住所
被保険者住所をご記入ください。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者住所をご記入ください。
- ④事業所名称、所在地
被保険者の勤務先をご記入ください。
- ⑤傷病名
傷病名をご記入ください。なお、ケガの場合は負傷原因の確認が必要となりますので一度当健保(TEL:047-452-6661)へご連絡ください。
- ⑥療養を受けた期間
ひと月(1日から末日)単位でご記入ください。月をまたいだ申請や複数月を記入しての申請は出来ません。
- ⑦入院・通院の別
どちらかに○をご記入ください。
- ⑧他の公的制度から、医療費の助成を受けられるかどうか
市区町村等から医療費助成を受けている場合は「1.受けられる」に○と制度名をご記入ください。また、医療費助成を受けていない場合は「2.受けられない」に○をご記入ください。
- ⑨被保険者名義(申請者)受取金融機関
被保険者の口座をご記入ください。
・受取金融機関を被保険者以外に委任する場合は、受取代理人の欄に署名が必要です。
・被保険者が亡くなっている場合は申請者の口座をご記入ください。その際、別途書類が必要となりますので、健保へご連絡をお願いします。
- ⑩市区町村長が証明する欄
被保険者本人が市区町村民税非課税の場合は、この欄に市区町村より証明を受けるか、被保険者分の「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付して下さい。(1月から5月診療分については、前年度の課税に関する証明を、6月から12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下さい。)
なお、入院時の食事療養費等については、「食事療養標準負担額差額支給申請書」及び領収証のコピーを併せてご提出ください。

間違えた場合は、二重線で訂正し
余白に正しいものを記入して下さい。
※修正ペン・修正テープ使用不可

※状況に応じて追加の書類を依頼、または健保より確認の連絡をする場合がございますので、あらかじめご了承ください。

1

健保組合記入欄	自己負担限度額	$\left(\left(\text{《総医療費》} - \text{《a》} \right) \times 1\% + \text{《b》} \right)$			
		$\left(\text{—} \right) \times 1\% + \left(\text{—} \right) = \left(\text{—} \right)$			
	支給金額	$\left(\text{《診療合計点数》} \times \text{《負担割合》} - \text{自己負担限度額} \right)$			
		$\left(\text{—} \right) \times \left(\text{—} \right) = \left(\text{—} \right)$			
	過去1年以内の 高額療養費 支給状況	令和 — 年 — 月 — 診療分	令和 — 年 — 月 — 診療分	令和 — 年 — 月 — 診療分	現物高額 — =

【記入のポイントその2】

<健保組合記入欄>

①記入しないでください。

<受取代理人の欄>

②被保険者が給付金に関する受領を代理人へ委任する場合はご記入ください。

2

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。 令和 — 年 — 月 — 日 氏名 — 住所「被保険者（申請者）情報」の住所と同じ			
	代理人 (口座名義人)	住所	〒 — 電話 — —		
			(フリガナ)		
		氏名			

《注意事項》

1. 同一の医療機関に対して1ヶ月に窓口で支払った一部負担金・自己負担額が自己負担限度額を超えたときに高額療養費として支給されます。
2. 申請書は、診療月ごとに作成して下さい。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

自己負担限度額

区分	自己負担限度額
標準報酬月額 83万円以上	252,600円＋ (総医療費－842,000円)×1% ※多数該当は140,100円
標準報酬月額 53万～79万円	167,400円＋ (総医療費－558,000円)×1% ※多数該当は93,000円

標準報酬月額 28万～50万円	80,100円＋ (総医療費－267,000円)×1% ※多数該当は44,400円
標準報酬月額 26万円以下	57,600円 ※多数該当は44,400円
低所得者 (市区町村民税 が非課税)	35,400円 ※多数該当は24,600円

(千葉県トラック健康保険組合)