


# 記入例

者・世帯合算 健康保険高額療養費支給申請書 (平成・令和 31 年 4 月診療分)

1

① 被保険者氏名と印 (被保険者死亡の時は申請者氏名と印)	1000	番号	100	健保 一郎 		
③ 事業所名称	情報サービス株式会社			自署の場合は押印を省略できます。		
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			
⑧ ⑥の病院等で療養を受けた期間及び入院通院の区別	31年4月1日から 10日間 入院	31年4月11日から 3日間 入院	31年4月10日まで 通院	31年4月20日まで 通院		
⑨ ⑧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 ⑨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)	受けられる(制度名: ) (費用徴収の有無: 無・有)		受けられる(制度名: ) (費用徴収の有無: 無・有)		受けられる(制度名: ) (費用徴収の有無: 無・有)	
⑪ 今回の申請診療月以前1年以内に3回以上高額療養費の支給を受けたか	受けた		受けた時はその直近の診療月		受けた	
⑫ 【非課税者のみ】市区町村長が証明する欄	上記②欄の者には平成・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			⑬ 委任状 請求額を受領を下記の者に委任します 令和 1 年 5 月 1 日 被保険者 健保 一郎 委任された者の 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		
被保険者が申請時に退職している、または死亡の場合のみ記入。(申請者名義の口座のみ振込可能) 在職中の方は所属事業所宛て振込となります。						
振込希望の銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	口座名義		
銀行 金庫 信組	店・本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座	5	(フリガナ)		
備考欄						

同一印での捺印をお願いします

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。  
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)」が必要ですが、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。)

愛知県情報サービス産業健康保険組合

- 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・捺印が必要。
- 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。