健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。

届書（申請書）は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者（申請者）情報

被保険者証の（左づめ）	記号	番号	生年月日 年 月 日 □ 昭和 □ 平成
氏名・印	（フリガナ）	印	自署の場合は押印を省略できます。
住所	（〒 ー ）	都 道 府 県	
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	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	左づめでご記入ください。
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（゜）は1字としてご記入ください。）	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 氏名・印 印	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）	（〒 ー ） TEL （ ） 住所 （フリガナ） 氏名・印 印	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	印

受付日付印

大倉健康保険組合

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	

申請内容

療養の内容などについて

1 診療月		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		1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
家族の場合はその方の	氏名			
	生年月日	□昭和 □平成 年 月 日	□昭和 □平成 年 月 日	□昭和 □平成 年 月 日
3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称			
	所在地			
4 傷病名	ケガ（負傷）の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。			
療養を受けた期間		（平成）年 月 日 から まで	（平成）年 月 日 から まで	（平成）年 月 日 から まで
入院通院の別		1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 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 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか		1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	1. はい 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	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要になります。

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

大倉健康保険組合

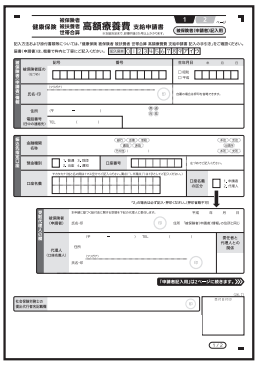
大倉健康保険組合

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書 記入の手引き

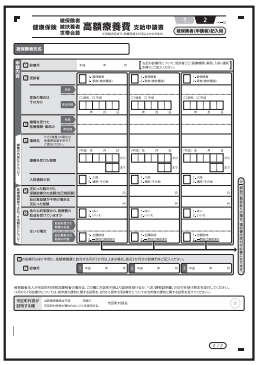
1か月の自己負担額が一定の額を超えた場合、超えた額が払い戻しされます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ



2/2ページ



申請書は被保険者ご自身がご記入ください。
被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。

以下に当てはまる場合に添付いただくもの

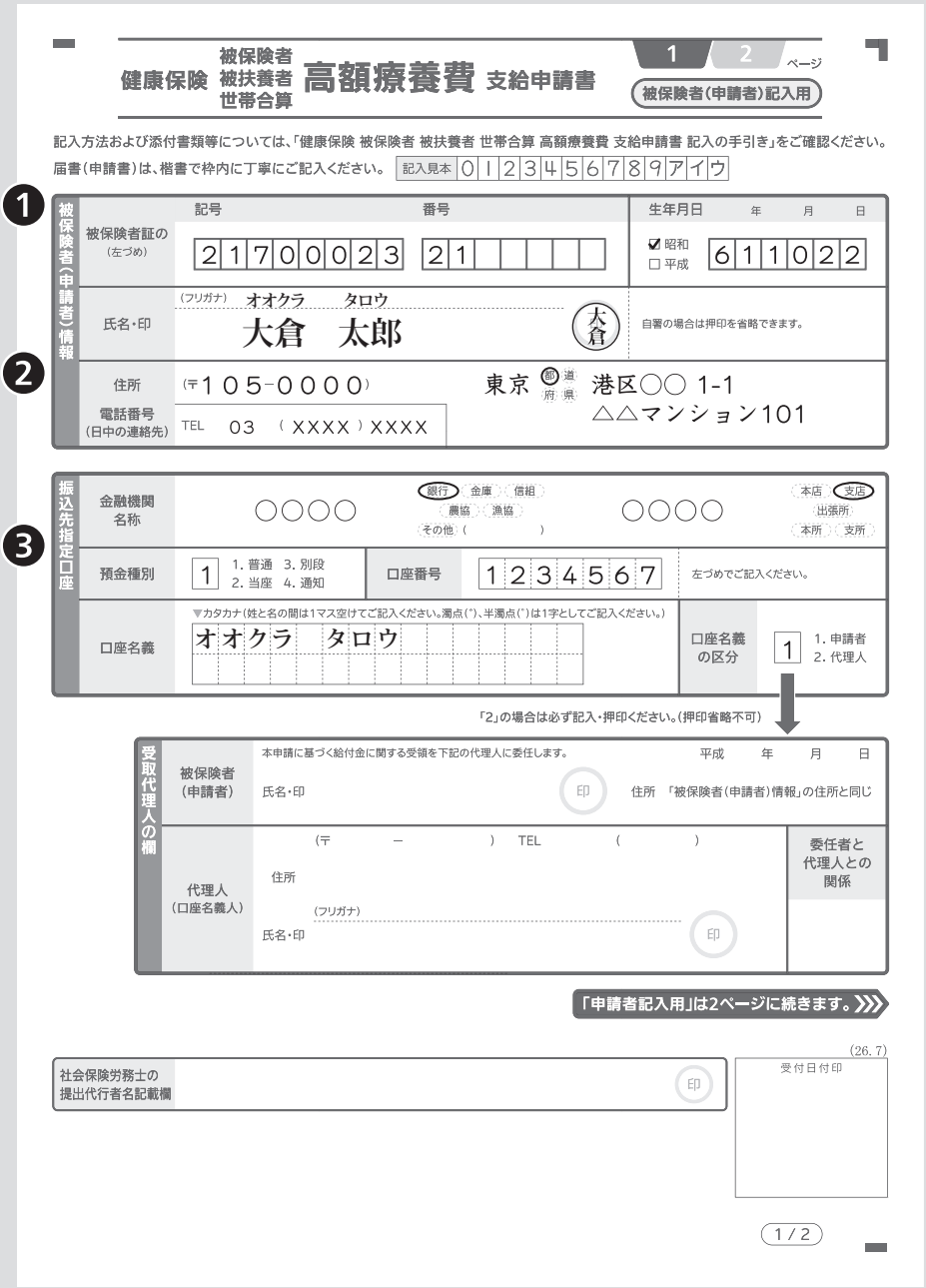
ケガ(負傷)の場合	「負傷原因届」
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」
自己負担限度額の所得区分が低所得者になる方	●低所得者の添付書類について 所得区分：低所得者／低所得者Ⅱ → 被保険者の住民税の(非)課税証明書 ※申請書の証明欄に証明を受けた場合は不要 所得区分：低所得者Ⅰ → 被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類(所得証明書など) ※4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要になります。 (例) ・平成24年8月診療分～平成25年7月診療分：平成24年度(平成23年中収入)の証明書 ・平成25年8月診療分～平成26年7月診療分：平成25年度(平成24年中収入)の証明書 低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方 → 「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」
公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が減額されている方	助成を受けた診療についての、医療機関からの領収書
被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

次ページに記入例があります。

記入例　高額療養費 支給申請書

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。　TEL 03(XXXX)~~XXXX~~ △△△△ 大倉

1ページ



健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 **高額療養費** 支給申請書　1 2 ページ　被保険者(申請者)記入用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書 記入の手引き」をご確認ください。
届書(申請書)は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。　記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

1 被保険者(申請者)情報

被保険者証の(左づめ)	記号 2 1 7 0 0 0 2 3　番号 2 1	生年月日 年 月 日　☑ 昭和 □ 平成 6 1 1 0 2 2
氏名・印	(フリガナ) オオクラ　タロウ　大倉　太郎　大倉	自署の場合は押印を省略できます。
住所	(〒105-0000)　東京 都道府県 港区○○ 1-1 △△マンション101	
電話番号(日中の連絡先)	TEL 03 (XXXX) XXXX	

2

3 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	1　1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7　左づめでご記入ください。
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(゜)は1字としてご記入ください。)　オオクラ　タロウ	口座名義の区分 1　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 氏名・印　印　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)	(〒 −)　TEL (　) 住所 (フリガナ) 氏名・印　印	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。

(26. 7)

社会保険労務士の提出代行者名記載欄　印	受付日付印

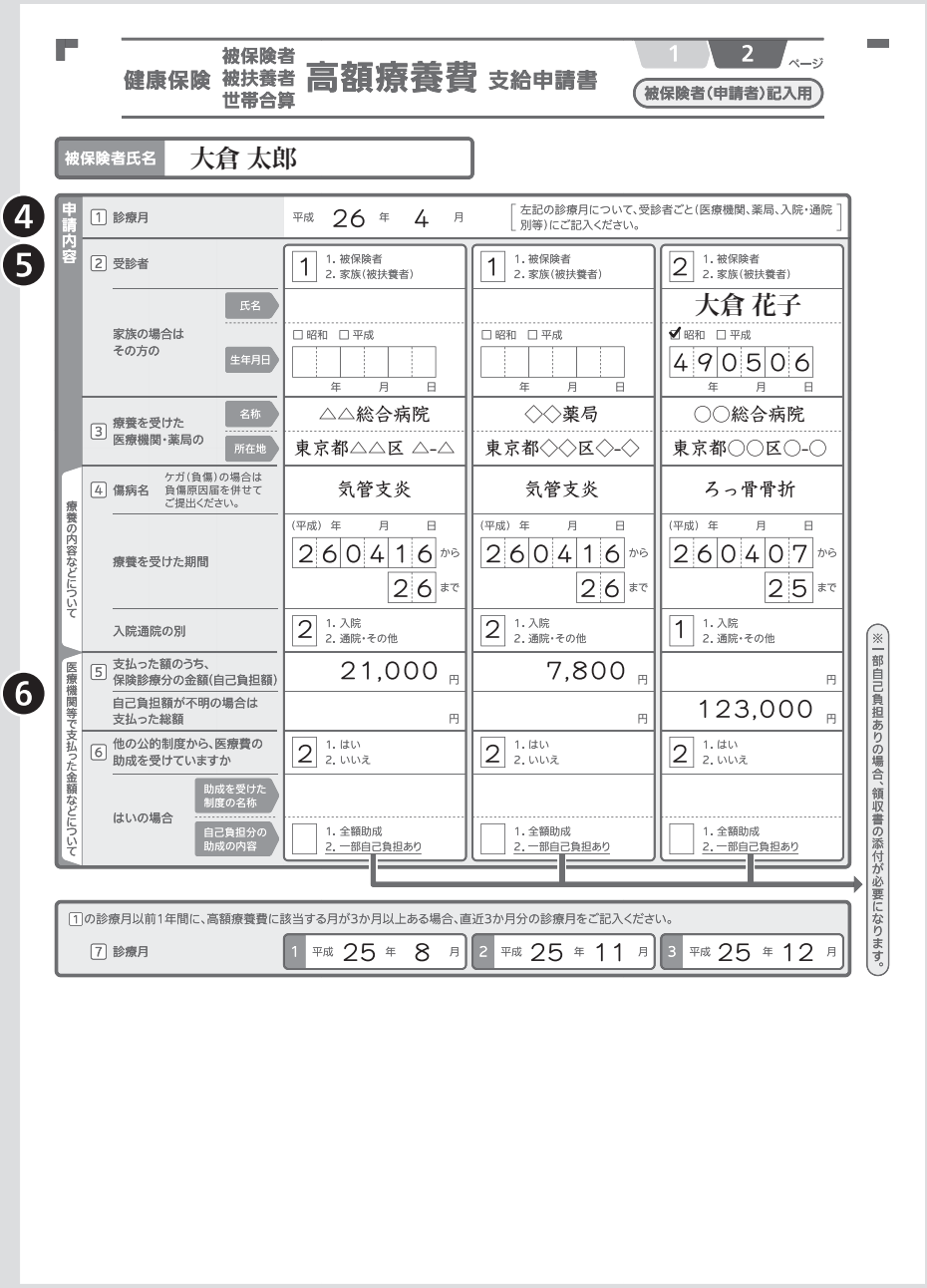
1 / 2

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 記号・番号は、被保険者証に記載されています。

2 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。



健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 **高額療養費** 支給申請書　1 2 ページ　被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名　大倉 太郎

申請内容	[1] 診療月	平成 26 年 4 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	1　1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	1　1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	2　1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
	家族の場合はその方の 氏名			大倉 花子
	家族の場合はその方の 生年月日	□昭和 □平成　年 月 日	□昭和 □平成　年 月 日	☑昭和 □平成 49年05月06日
療養の内容などについて	[3] 療養を受けた医療機関・薬局の 名称	△△総合病院	◇◇薬局	○○総合病院
	所在地	東京都△△区 △-△	東京都◇◇区◇-◇	東京都○○区○-○
	[4] 傷病名　ケガ（負傷）の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。	気管支炎	気管支炎	ろっ骨骨折
	療養を受けた期間	（平成）年 月 日 26年04月16日から 26日まで	（平成）年 月 日 26年04月16日から 26日まで	（平成）年 月 日 26年04月07日から 25日まで
	入院通院の別	2　1. 入院 2. 通院・その他	2　1. 入院 2. 通院・その他	1　1. 入院 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）	21,000 円	7,800 円	円
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	123,000 円
	[6] 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	2　1. はい 2. いいえ	2　1. はい 2. いいえ	2　1. はい 2. いいえ
	はいの場合 助成を受けた制度の名称			
	はいの場合 自己負担分の助成の内容	□　1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	□　1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	□　1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要になります。

[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 25 年 8 月　2 平成 25 年 11 月　3 平成 25 年 12 月

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください）

4 高額療養費の申請について、月（1日から末日）を単位にご記入ください。
月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

5 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。

6 医療機関等で支払った額のうち保険診療分の金額（差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額）を記入してください。
保険診療分の金額が明確でないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段にご記入ください。

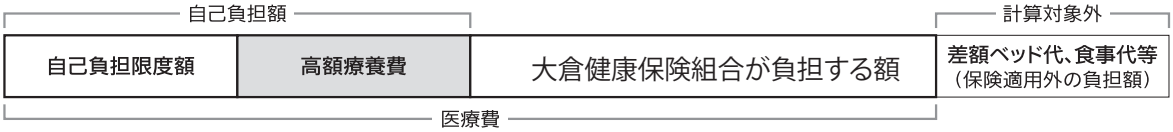
次ページに高額療養費の支給要件等について案内があります。

高額療養費支給要件の概要

詳細な支給要件やご不明な点は、お問い合わせいただくか、ホームページをご覧ください。

1 支給を受ける条件

同一月（1日から月末まで）に医療機関等の窓口で支払った **2 高額療養費の対象となる自己負担額** の世帯（被保険者とその被扶養者）での合計が **3 自己負担限度額** を超えた場合に、超えた額が高額療養費として支給されます。



2 高額療養費の対象となる自己負担額

- 70歳未満の方が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を下表①～⑤に当てはめ、21,000円以上のもの

  ①月ごと　②受診者ごと　③医療機関ごと　④医科・歯科ごと
  ⑤入院・通院ごと（調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます）

- 70歳～74歳の方が支払った自己負担額

3 自己負担限度額

年齢と所得区分により自己負担限度額が異なります。

70歳未満の方

被保険者の所得区分	自己負担限度額	多数該当（※）
①区分ア （標準報酬月額83万円以上の方）	252,600円＋（総医療費－842,000円）×1%	140,100円
②区分イ （標準報酬月額53～79万円の方）	167,400円＋（総医療費－558,000円）×1%	93,000円
③区分ウ （標準報酬月額28～50万円の方）	80,100円＋（総医療費－267,000円）×1%	44,400円
④区分エ （標準報酬月額26万円以下の方）	57,600円	44,400円
⑤区分オ（低所得者） （被保険者が市区町村民税の非課税者等）	35,400円	24,600円

注）「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。

70歳～74歳の方（高齢受給者）

所得区分に加えて、通院（個人ごと）と、同一世帯単位でそれぞれ自己負担限度額が異なります。

所得区分	自己負担限度額		
	通院（個人ごと）	同一世帯単位	
			多数該当（※）
①現役並み所得者 （高齢受給者証の負担割合が3割の方）	44,400円	80,100円＋（医療費－267,000円）×1%	44,400円
②一般所得者（①③④以外の方）	12,000円	44,400円	—
③低所得者Ⅱ（市区町村民税が非課税の方など）	8,000円	24,600円	—
④低所得者Ⅰ（③で所得が一定基準以下の方）		15,000円	—

（※）多数該当とは

高額療養費の支給を受けた月が1年間（直近12か月間）で3か月以上あったとき、4か月目から多数該当といい、自己負担限度額が軽減されます。
なお、70歳から74歳の方で通院による高額療養費については、多数該当の回数に含まれません。

ご存知ですか？

限度額適用認定証

「限度額適用認定証」を被保険者証と併せて医療機関等の窓口に提示すると、窓口での1か月の自己負担が自己負担限度額までとなり、高額療養費を申請する手間が省けます。