

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**

▼必ず記入してください

(平成 令和 年 月 診療分)

高額療養費のお支払は、療養を受けた月から3か月以降になります。医療機関から健康保険組合へ診療報酬明細書の到着が遅延した場合は、さらに支払いが遅れることがありますのでご了承ください。

① 被保険者証の記号・番号		② 被保険者(請求者)の氏名		③ 被保険者の生年月日		昭和・平成	年	月	日
記号	番号								
④ 被保険者(請求者)住所		〒 _____ 電話 (____) _____							
⑤ 事業所名									
⑥ 療養を受けた方		1 氏名	2 氏名	3 氏名					
氏名・生年月日・続柄		昭和 平成 令和 年 月 日生	続柄	昭和 平成 令和 年 月 日生	続柄	昭和 平成 令和 年 月 日生	続柄		
⑦ 傷病名									
⑧ 療養を受けた医療機関等名称・所在地		名称	所在地	名称	所在地	名称	所在地		
⑨ 療養を受けた期間と入院・通院の別		平成 令和 年 月 日から 日間 (入院・通院) 日まで	平成 令和 年 月 日から 日間 (入院・通院) 日まで	平成 令和 年 月 日から 日間 (入院・通院) 日まで					
⑩ 医療機関等に支払った金額		円		円		円			
⑪ 他の公的制度から医療費の助成を受けていますか		・受けている (費用徴収 有・無) 制度名 [] ・受けていない		・受けている (費用徴収 有・無) 制度名 [] ・受けていない		・受けている (費用徴収 有・無) 制度名 [] ・受けていない			
⑫ 傷病名が外傷によるものときは負傷の状況		平成 令和 年 月 日 午前 _____ 午後 _____ 時 _____ 分頃 _____ (該当するものを○で囲んでください) (どこで、何をしていた、どのように負傷しましたか) 第三者行為(交通事故・けんか等)によるものですか はい・いいえ							
⑬ 高額療養費の該当状況		⑨の療養を受けた期間の月以前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、直近の3か月分の診療年月をご記入ください							
		1 平成 令和 年 月	2 平成 令和 年 月	3 平成 令和 年 月					
給付金の受領方法	⑭ 受取代理人	本請求に基づく給付金に関する受領を下記の方に委任します。						令和 年 月 日	
	委任された方	被保険者住所 _____ (請求者)氏名 _____ 住所 _____ 氏名 _____						被保険者との関係	
⑮ 振込指定口座	【被保険者(請求者)又は委任代理人の口座に限ります】 銀行 _____ 信用金庫 _____ 支店 _____ 普通 当座 _____ 左づめでご記入ください 店番(フリガナ) _____ 口座番号 _____ 口座名義 _____						受付年月日 _____		
⑯ 市区町村長が証明する欄	当該被保険者は、平成 令和 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 _____ 令和 年 月 日								
⑰ 備考	※ 支給額 _____ 円								

記入するときの注意事項（申請書【1枚目】）

1. この申請書は、月（1日から末日）を単位として記入してください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

申請書の右上には、右例のように診療年月を明記してください。（例）

平成
令和 1年4月診療分

2. 被保険者の死亡後に相続人が請求者となる場合は、被保険者と請求者の氏名を記入してください。なお、請求者が被扶養者でなかった場合は、被保険者との関係を確認するため、戸籍謄本等を添付してください。
3. ⑦の欄は、傷病名がわからないときは記入する必要はありません。また、“頭痛”のように症状名でも結構です。
4. ⑨の欄は、右例のように期間と日数を記入し、該当する区分を（例）

平成 令和	1年4月	1日から	30日間
		(入院・通院)	30日まで

○で囲んでください。
5. ⑩の欄は、医療機関等で支払った金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。
6. 調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関と合算して申請できますので、医療機関にかかる⑥から⑩の記入の右に、調剤薬局にかかる記入をしてください。
7. ⑪の欄は、他制度から助成を受けている場合にその制度名と、費用徴収の有無を記入してください。
8. ⑫の欄は、傷病の原因が外傷（けが）である場合に、できるだけ詳しくご記入ください。「負傷届」の提出が必要となりますので、健康保険組合にご連絡ください。
9. ⑬の欄は、⑨の療養を受けた期間の月以前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、直近の3か月分の診療年月をご記入ください。
10. 被保険者本人が市区町村税の非課税者に該当する場合には、⑭の欄に市区町村長による証明を受けるか「（非）課税証明書」の交付を受けて添付してください。（診療を受けた月が4月から7月の場合は前年度、8月から翌年3月の場合は当年度の課税に関する証明）同一年度内に、すでに「（非）課税証明」等を提出されている場合は不要です。
11. 保険給付を受ける権利は、2年が経過すると時効となり消滅します。高額療養費の時効は、診療を受けた月の翌月の1日（診療費の自己負担分を診療を受けた月の翌月以後に支払ったときは、支払った日の翌日）が時効の起算日となります。

提出先 〒557-0054

大阪市西区北堀江2-2-25 久我ビル南館8階

大阪府木材健康保険組合