健康保険　高額療養費・支給申請書

□ 被保険者
□ 被扶養者
□ 世帯合算

□ 一部負担還元金
□ 家族療養付加金
□ 合算高額療養費付加金
□ （家族）訪問看護療養付加金

◆消せるペンは使用しないでください。
◆申請書は1ヵ月につき1枚で作成してください。

			㋐診療月　年　月
㋑ 被保険者等の記号番号		㋒ 被保険者（申請者）の氏名 ※自署または押印	（ﾌﾘｶﾞﾅ）
			㋓ 事業所の名称
㋔ 被保険者（申請者）の住所	（ﾌﾘｶﾞﾅ） 〒　－　都道府県　電話　（　）		

㋕ 療養を受けた方の氏名 生年月日	年　月　日（　歳）　続柄	年　月　日（　歳）　続柄	年　月　日（　歳）　続柄	年　月　日（　歳）　続柄
㋖ 傷病名				
㋗ 療養を受けた病院等の名称				
㋘ 診療区分	1：入院　2：通院　3：調剤薬局　4：その他	1：入院　2：通院　3：調剤薬局　4：その他	1：入院　2：通院　3：調剤薬局　4：その他	1：入院　2：通院　3：調剤薬局　4：その他
㋙ ㋗の病院等で療養を受けた期間	月　日から　日まで　日間	月　日から　日まで　日間	月　日から　日まで　日間	月　日から　日まで　日間
㋚ ㋙の期間に受けた療養に対して病院等で支払った額（自己負担額）	円（　円）	円（　円）	円（　円）	円（　円）
㋛ 他の公的制度から、医療費の助成を受けられますか（記入例⑥参照）	受けられる・受けられない（制度名　）（全額助成・一部自己負担あり）	受けられる・受けられない（制度名　）（全額助成・一部自己負担あり）	受けられる・受けられない（制度名　）（全額助成・一部自己負担あり）	受けられる・受けられない（制度名　）（全額助成・一部自己負担あり）
㋜ 今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3カ月以上受けた場合、その直近の診療月	年　月診療分	年　月診療分	年　月診療分	

・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。
・その他詳細については裏面をご確認ください。

振込希望口座	銀行　信組 金庫　農協　本店　支店 出張所　支所 支所 金融機関コード：〔　〕店番号：〔　〕				
	預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号	口座名義（カタカナで記入）	

備考欄

▼給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　年　月　日 被保険者（申請者）住所 氏名			
受取人情報	代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係	
	代理人の住所	〒　－ 電話　（　）		

年　月　日　提出

受付日付印

2024.12

〈記入上の注意〉

1. 申請書は1ヵ月につき1枚で作成してください。
（同月申請書の複数枚による提出、1枚の中に複数月の記入はできません。）

2. 70歳未満の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に病院別、入院・通院別（通院の場合は調剤分との合算）に自己負担額が31,000円(上位所得者51,000円）以上のとき、2件目以降自己負担額が21,000円以上のときに、それぞれ記入してください。

3. 70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に病院別、入院・通院別にそれぞれ記入してください。

4. ㋒欄の氏名は、被保険者が亡くなられてご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入し、あわせて㋔欄の住所も申請者の住所を記入してください。

5. ㋖欄に記入した傷病の原因が負傷（ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など）の場合は「別紙 負傷原因記入欄」に必要事項を記入してください。

6. ㋗欄は病院等で支払った額のうち、保険診療分についてのみ記入してください。
なお、その金額が明確でないときは病院等で支払った金額をカッコ内に記入してください。

7. ㋙欄は他の公的制度により医療費の助成を受けられるかどうかについて、「受けられる」「受けられない」のいずれかを〇で囲み、　受けられる場合は、その具体的制度名を記入してください。
また、自己負担相当額について「全額助成」「一部自己負担あり」のいずれかを〇で囲んでください。
㋙欄が「受けられる」の場合は、「領収書の写し」「助成された金額のわかるものの写し」「医療証の写し」 等を添付してください。

8. ㋚欄は今回申請の診療月以前１年間に3回以上高額療養費の支給を受けた（申請中を含む）場合に、その直近の3回分について記入してください。

9. 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、訂正印を押してください。
（修正液等は使用しないでください）

10. 平成29年1月から申請は「被保険者等の記号・番号又は個人番号（マイナンバー）」のどちらかを選択して申請できるようになりました。
個人番号による申請をする場合（備考欄等に記載）は、従来の申請とは添付書類・取扱いなどが異なりますので、審査課（TEL03-3862-5101音声案内③）までご連絡をいただきますよう願い申し上げます。

〈添付書類について〉

1. 市区町村民税が非課税の被保険者は、市区町村長発行の課税証明書
①4月～7月診療分は、前年度の課税に関する証明書
②8月～翌年3月診療分は、当年度の課税に関する証明書

2. 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が請求する場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

3. 上記の他にも書類をお願いする場合があります。

別紙

負傷原因記入欄

㋖欄に記入した傷病の原因が負傷（ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など）の場合は下記に必要事項を記入ください。

診療開始日　　年　　月　　日

医療機関名

負傷した日時	①　　年　　月　　日（　　）⇒ 1.出勤日　2.休日（出勤日以外）　3.その他（　　）
	② 午前　・午後　　時　　分 頃 上記の時間は⇒　1.勤務時間中　2.勤務日の休憩中　3.出張中 4. 私用中　5.通勤・帰宅途中　（ 寄り道等　あり　・　なし） 6.その他　（
負傷したときの状況 （場所・原因等）	③ ケガ（負傷）をした場所はどこでしたか 会社内　・　路上　・　駅構内　・　自宅　・　その他（
	④ ケガ（負傷）をした原因で次にあてはまる場合がありますか 交通事故　・　暴力（ケンカ）・スポーツ中（ 職場の行事・職場の行事以外　） 動物による負傷（　飼い主　有　・　無　）　・　あてはまらない
	⑤ 「上記④」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか 相手が　有　⇒ あなたは被害者 ➡ ※⑦、⑧をご記入ください 無　あなたは加害者 **※「有」と答えた場合は「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。** （詳しくは東京化粧品健康保険組合業務第二部にお問い合わせください。）
	⑥ 何をしようとしたときに、どこを、どう負傷したか具体的に記入してください
負傷原因が第三者行為による場合 （交通事故 等）	⑦ 相手（住所、氏名、連絡先）
	⑧ 相手との対応（示談等）
上記の負傷について、他の医療機関等での受診の有無	⑨ 他の医療機関等での受診　⇒　有　・　無　※「有」の方は以下も記入してください ・受診は、　通院（　　日）　・　往療（　　日） ・受診した医療機関等　：病院・医院（クリニック）　・　鍼灸　・　マッサージ ・受診した医療機関名　：

高額療養費等支給申請書　記入例

健康保険　被保険者　被扶養者　世帯合算　高額療養費・一部負担還元金　家族療養付加金　合算高額療養費付加金（家族）訪問看護療養付加金　支給申請書　①

㋐診療月 4 年 5			
㋑被保険者等の記号番号 ②		㋒被保険者（申請者）の氏名 ※自署または押印	(ﾌﾘｶﾞﾅ)ケンポ　タロウ ③
100	100	健保　太郎	㋓事業所の名称 ○○○株式会社
㋔被保険者（申請者）の住所	(ﾌﾘｶﾞﾅ) トウキョウトタイトウクヤナギバシ 〒 111-8668 東京都道府県 台東区柳橋１－１－５ 電話 03（××××）××××		

㋕療養を受けた方の氏名 生年月日 ④	健保　太郎 続柄 本人 S 50 年 3月 5日 （ 47才）	健保　太郎 続柄 本人 S 50 年 3月 5日 （ 47才）	健保　小太郎 続柄 子 H 23 年 3月 5日 （ 11才）	続柄 （ ） 明・大・平 年 月 日 （ 才）
㋖傷病名	心筋梗塞	心筋梗塞	肺炎	
㋗療養を受けた病院等の名称	○○病院	○○病院	△△病院	
㋘診療区分	1：入院 2：通院 3：調剤薬局 4：その他	1：入院 2：通院 3：調剤薬局 4：その他	1：入院 2：通院 3：調剤薬局 4：その他	1：入院 2：通院 3：調剤薬局 4：その他
㋙㋕の病院等で療養を受けた期間	5 月 1 日から 9 日まで 9 日間	5 月 15 日から 30 日まで 2 日間	5 月 18 日から 25 日まで 8 日間	月 日から 日まで 日間
㋚㋙の期間に受けた療養に対して病院等で支払った額（自己負担額） ⑤	145,829 円 （ 円）	31,500 円 （ 円）	89,532 円 （ 円）	円 （ 円）
㋛他の公的制度から、医療費の助成を受けられますか ⑥	受けられる・受けられない （制度名 ） 全額助成・一部自己負担あり	受けられる・受けられない （制度名 ） （ 全額助成・一部自己負担あり ）	受けられる・受けられない （制度名 ○○区乳幼児医療費助成） （ 全額助成・一部自己負担あり ）	受けられる・受けられない （制度名 ） （ 全額助成・一部自己負担あり ）
㋜今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3カ月以上受けた場合、その直近の診療月 ⑦	年 月診療分	年 月診療分	年 月診療分	

・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。
・その他詳細については裏面をご確認ください。

振込希望口座 ⑧	銀行 信組 金庫 農協　本店 支店 出張所 支所 支所	金融機関コード：〔	店番号：〔 〕
預金種別	普通 当座 貯蓄	口座番号 ⑨	口座名義（カタカナで記入） ⑩

備考欄

▼給付金に関する受領を代理人に委任する（申請者名義以外の口座に振込を希望される）場合に記入してください。

年　月　日　提出

受付日付印

⑪ 受取代理人の欄	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します　年　月　日			
	被保険者（申請者）	住所 氏名		
受取人情報	代理人の氏名	（フリガナ）	委任者と代理人との関係	
	代理人の住所	〒　－ 電話　（　）		

2024. 12

※ 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し訂正印を押してください。
（修正液等は使用しないでください。）

① 申請は月単位です。診療月を記入してください。

② 被保険者等の記号番号を記入してください。

③ 被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。オ 欄の住所も同様です。

④ カ 欄～シ欄は受診者別、同一月の病院別、入院・通院・調剤薬局別に記入してください。

70歳未満の方は　病院 ・ 入院 ・ 通院＋調剤別で31000円（上位所得者51000円）以上自己負担があるものだけをご記入ください。
1枚に収まらない場合は当組合審査課までご相談ください。

⑤ サ 欄は病院で支払った額のうち、保険診療分についてのみ記入してください。
ただし、その金額が明確でないときは病院で支払った金額を（　　）内に記入してください。
シ 欄において「一部自己負担あり」の場合は負担した額を サ 欄に記入してください。

⑥ シ 欄は他の公的制度により医療費の助成を受けられるかどうかについて「受けられる」、「受けられない」のいずれかを「○」で囲んでください。
「受けられる」の場合は、「領収書の写し」「助成された金額のわかるものの写し」「医療証の写し」等を添付してください。

⑦ ス 欄は、今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた（申請中を含む）場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。

⑧ ご希望の振込金融口座について記入してください。

⑨ 口座番号欄は左詰めで大きくはっきりと記入してください。

⑩ 口座名義の氏名はカタカナで大きくはっきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者（申請者）と異なる場合は、⑪の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

⑪ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。