

高額療養費を請求するとき

医療費の自己負担額が一定額以上になり、高額療養費の対象となった場合には、「高額療養費支給申請書」にてご請求ください。後日、支払った医療費が高額療養費として払い戻されます。

保険証の使えない治療費、入院時の食事代、差額ベッド代は対象外となります。

申請書類：「高額療養費支給申請書」(単票)

申請期限：診療を受けた月の翌月の初日から2年以内

添付書類：「窓口で支払った医療費の領収書(写)」

「非課税証明書」(被保険者が前年度住民税非課税の場合。例：新卒入社等)

被保険者・被扶養者・合算の別をで囲んでください。

被保険者印を必ずご捺印ください。

本人 家族 合算		高額療養費支給申請書		診療年月	平成 22年 6月分
被保険者証	記号 1234	番号	9999	事業所名(または勤務していた事業所名)	
被保険者(申請者)氏名	フリガナ ケンボ タロウ 氏名 健保 太郎		(印)	株式会社	
被保険者(申請者)住所	〒 123-4567 東京都中央区日本橋大伝馬町 - -		自宅電話番号	03-1234-5678	
			携帯電話番号	090-1234-5678	
療養を受けた方の氏名・生年月日等	健保 うめ 昭和 30年 4月 12日 牛 続柄(母) 55歳 続柄()歳 続柄()歳		療養を受けた病院等		
療養を受けた病院等	病名 病院 所在地 東京都中央区日本橋1丁目		区分		
	入院(外)科 通院・歯科・調剤		入院()科 通院・歯科・調剤		
療養を受けた期間	平成 22年 6月 1日から 同月 30日まで 30日間		平成 年 月 日から 同月 日まで 日間		
病院等で支払った額(自己負担額)	500,000円		円		
国または都道府県(市区町村)等から医療費の補助が受けられるか否か	イ 受けられない		イ 受けられない		
	ロ 受けられる(制度名) (費用の徴収 有・無)		ロ 受けられる(制度名) (費用の徴収 有・無)		
今回申請の診療月以前1年間に高額療養費の支給を3月以上受けた場合その年月等	診療月	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	平成 年 月 診療分	
	保険証の記号・番号				
	事業所名				

窓口でお支払になった保険診療にかかる負担額(食事代、差額ベッド代等を除く)をご記入ください。

被保険者以外の方が療養費を受け取る場合には、被保険者氏名のご記入と被保険者印をご捺印のうえ、代理人の欄にご記入・ご捺印ください。

被保険者本人の振込口座をご記入ください。なお、代理人の方が受け取る場合には代理人の口座をご記入ください。

受取代理人の欄	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します	
被保険者(申請者)氏名	印	
住所		
代理人の氏名	印	
受領委任する場合「支払金融機関」は代理人の口座を記入し、それ以外は被保険者名義の口座を記入して下さい		
金融機関コード	123	支店番号 456
	銀行 金庫	本店 支店
口座番号	普通 当座	1 2 3 4 5 6 7
口座名義(カタカナで)	ケンボ タロウ	

- 添付する書類
1. 病院等で支払った領収書の写し。
 2. 被保険者が市区町村の非課税者である場合は、市区町村民税の非課税証明書 生活保護法の要保護者である場合は、福祉事務所の保護開始決定書の写し。
 3. 申請者が相続人の場合は、戸籍謄本(原本)。