健康保険　本人・家族　**高額療養費**　一部負担還元金 家族療養費付加金　**支給申請**　**記入例**

◎支給対象　同一人・同一月に同一医療機関(入院・外来・歯科別)の自己負担額が20,000円を超えた場合
但し100円未満切捨て、1,000円未満不支給 ※注意事項もお読みください

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

被保険者等記号・番号	記号　番号 ×××－567	被保険者氏名(請求者) 生年月日	(フリガナ)　ジョウホウ　イチロウ 情報　一郎 昭・(平)・令　××年　××月　××日
被保険者(請求者)の現住所	〒 ×××－×××× 千代田区○○○4－4－404	日中連絡のとれる電話番号	自宅　××－××××－×××× 携帯　×××－××××－××××
事業所名称	㈱○○○　もしくは　任意継続被保険者		
受診者氏名(続柄)	情報　はなこ　(　長女　)	生年月日	昭・平・(令)　××年　××月　××日
受診年月	令和　××年　××月　受診分	受診区分	入院　・　外来　・　(外来と調剤)
受診した医療機関名	□□□病院	自己負担額	××,××× 円
処方を受けた薬局名	○○薬局	自己負担額	×,××× 円
申請理由 ※該当項目に☑をし必要事項を記入	□ 任意継続被保険者である（あった）ため □ 令和　年　月　日付退職（予定）であるため ☑ 高校生(18歳年度末)以下かつ下記の理由に当てはまるため □ 所得制限超過により自治体のこども医療費助成制度に該当しないため ☑ 健康保険組合から助成後、自治体へ申請手続を行うため □ 生後間もなく、こども医療費助成制度の受給者証が手元になかったため □ その他（　） □ その他（　）		
備考			

【添付書類】　**・国や自治体より医療費助成を受け取っている方は「医療証」(表面・裏面）の写しなども添付してください。**
※上記以外にも審査で必要な書類がある場合、ご提出をお願いすることがあります。

給付金振込先選択欄　**※希望する振込先に☑をご記入ください**

☑	**会社振込**	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
□	**個人(請求者)口座**	被保険者（請求者）の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。
(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協 信金・信組	本店 支店	預金種別 普通 ・ 当座
金融機関コード		店番号 (ゆうちょ銀行の場合は5ケタの通帳記号)	
口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)		フリガナ 口座名義	

□	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑　利用しない場合は上記の欄を記入。) 注）口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄	

受付日付印