



被保険者  
健康保険 被扶養者 世帯合算  
高額療養費 支給申請書

1 2  
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

大井 健太

月をまたぐ申請はできません。  
複数月ある場合、1ページ目の申請書も複数枚必要です。

|                    |                            |                                                                                                                                                 |  |  |                                                                                |  |  |
|--------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 申請内容               | 1 診療月                      | 令和 8 年 1 2 月 日                                                                                                                                  |  |  | 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                      | <input checked="" type="checkbox"/> 1. 被保険者<br>2. 家族(被扶養者)<br>氏名 大井 保子<br>昭 和 平 成 令 和<br><input checked="" type="checkbox"/> 5 6 2 1 8<br>年 月 日 |  |  | <input type="checkbox"/> 1. 被保険者<br>2. 家族(被扶養者)<br>同 左<br>昭 和 平 成 令 和<br>年 月 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           | XYZ脳神経外科<br>横浜市TTT区SSS7-18                                                                                                                      |  |  | 横浜0PQR総合病院<br>横浜市MM区YY5-6-7                                                    |  |  |
|                    | 4 傷病名                      | 〇〇〇症<br>年 月 日<br>0 8 1 2 0 3<br>から<br>まで                                                                                                        |  |  | ▲▲症、◇◇骨折<br>年 月 日<br>0 8 1 2 0 9<br>から<br>1 3<br>まで                            |  |  |
|                    | 療養を受けた期間                   | 〇〇〇症<br>年 月 日<br>0 8 1 2 0 3<br>から<br>まで                                                                                                        |  |  | 同 左<br>年 月 日<br>0 8 1 2 2 5<br>から<br>2 8<br>まで                                 |  |  |
| 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) | 2 1 , 0 5 0 円                                                                                                                                   |  |  | 1 6 3 , 8 0 0 円                                                                |  |  |
|                    | 自己負担額が不明の場合は支払った総額         | 円                                                                                                                                               |  |  | 円                                                                              |  |  |
|                    | 6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか  | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい<br>2. いいえ<br>助成を受けた制度の名称<br>自己負担分の助成の内容                                                               |  |  | <input checked="" type="checkbox"/> 1. はい<br>2. いいえ<br>1. 全額助成<br>2. 一部自己負担あり  |  |  |

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

年

月

2

年

月

3

年

月

被保険者本人  
マイナンバー

合算の対象が3件以上の場合は、当ページのみ追加印刷し、ご記入ください。

未課税者の情報

診療月が  
1月～7月の場合

「診療月の前年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号

〒

診療月が  
8月～12月の場合

「診療月の当年1月1日時点」の住民票住所の郵便番号

〒