

◎記入については、裏面「記入上の注意」をご覧ください。  
◎「※」印欄は記入しないでください。  
◎添付書類等については裏面に掲載してあります。必ずご覧ください。

被保険者証の記号・番号			④ 生 年 月 日			⑤被扶養者番号			⑥給付記録番号			⑦受取代理人			⑧手計算			⑨受付年月日					
①	②	③	1:明 3:大 5:昭 7:平	年	月	日	※			※			※			※	0:無 1:有	※	0:無 1:有	※	年	月	日
⑩被保険者の (申請者) 氏名と印		(フリガナ)				⑦ 名 称		⑧ 所在地															
⑫被保険者の (申請者) 住 所		⑪ 郵便番号		+		(フリガナ)				(電話番号)													
		⑫住所コード		※		( )		( )															
⑬ 診療月		年		月		⑭70歳以上の方で過去1年間のうちに次に掲げる事項に該当された方は、番号に○をつけてください。 1 「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」を所持された方 2 一部負担金の割合について、「健康保険高齢受給者基準収入額適用申請書」を提出された方																	
⑮ 単独・合算の別		※ 0:単独 1:合算		⑯ 多数該当の有無		※ 0:無 1:有		⑰ 所得等の種類		※ 0:一般 3:上位所得者 1:非課税、II 4:一定以上所得者 2:生活保護、I													
⑱ 療養を受けた方の氏名生年月日および被保険者との続柄		⑲ 扶番 氏名		⑲ 扶番 氏名		⑲ 扶番 氏名		※															
		生年月日 年 月 日(続柄)		生年月日 年 月 日(続柄)		生年月日 年 月 日(続柄)																	
⑳ 傷病コード		㉑		㉒		㉓		※															
㉔ 傷病名		フリガナ		㉕		㉖		㉗															
㉘ 療養を受けた病院等の名称および所在地		名 称		所在地																			
㉙ ㉚の病院等で療養を受けた期間		年 月 日から ( 日間)		年 月 日から ( 日間)		年 月 日から ( 日間)																	
㉛ ㉙の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額 (自己負担額)		円 ( )		円 ( )		円 ( )		㉜															
㉝ 他の制度により自己負担額相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか		受けられる (制度名 )		⑳費用徴収の有無 0:無 1:有		受けられる (制度名 )		㉞費用徴収の有無 0:無 1:有		受けられる (制度名 )		㉟費用徴収の有無 0:無 1:有											
㊱ 診療合計点数		㊲		点		㊳		点		㊴		点											
㊵ 入院・通院の別		㊶ 1:入院 2:その他		㊷ 1:入院 2:その他		㊸ 1:入院 2:その他																	

※	⑳ 診療点数×10円		自己負担額		㉟ 診療点数×10円						
	( ) 円 × $\frac{1-2-3}{10}$ = ( ) 円	( ) 円 × $\frac{1-2-3}{10}$ = ( ) 円	( ) 円 × $\frac{1-2-3}{10}$ = ( ) 円	( ) 円 × $\frac{1-2-3}{10}$ = ( ) 円	150,000円 + ( ) 円 - 500,000) × 1%	80,100円 + ( ) 円 - 267,000) × 1%					
					83,400円	44,400円					
					24,600円	15,000円					
					12,000円	20,000円					
					8,000円	10,000円					
㊱ 支給算出額 (円)		㊲ 海外表示		㊳ 第三者行為		㊴ 調整減額コード		㊵ 調査先コード		㊶ 特別支給コード	
		0:国内 1:海外		0:無 1:有							

㊷ 市区町村長が証明する欄	㊸の者には平成 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	㊹
---------------	---	---

平成 年 月 日提出

受付日付印

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、その直近の診療月、被保険者証の記号番号および支給を受けた社会保険事務所名	㊟診療月	1 平成 年 月診療分	2 平成 年 月診療分	3 平成 年 月診療分
	㊟被保険者証の記号番号			
	㊟社会保険名			

支払金融機関の欄	⑭支払区分	1. 振込 2. 銀行送金 3. 郵便局送金 4. 当地払	⑯預金種目 1. 普通 2. 当座 3. 通知 4. 別段	㊟	銀行 金庫 信組	本店 支店 出張所
	⑮金融機関コード	※			信連 信漁連 農協 漁協	本所 支所 本店 支店
	⑯口座番号				口座名義	
銀行送金の場合	銀行			支店	郵便局送金の場合	郵便局

㊟ 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。  
平成 年 月 日

被保険者住所  
(申請者) 氏名

⑰ 代理人の氏名と印 (フリガナ)

⑱ 委任者と代理人との関係

⑳ 代理人の住所

㉑ 郵便番号

㉒ 住所コード

㉓ (フリガナ)

㉔ 電話 ( )

送信

すでに負傷原因について社会保険事務所(社会保険事務局事務センター)あて回答している場合は記入の必要はありません。

**負傷原因記入欄** 初回申請時のみ記入してください。  
相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。

㊟負傷の原因について記入してください(該当する口にチェック(☑)を記入してください)

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	<b>【負傷日時・場所等】</b> 1. いつケガ(負傷)をしましたが 平成 年 月 日 ( 曜日) <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分頃 2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか <input type="checkbox"/> 出勤日 <input type="checkbox"/> 休日(定休日・休暇含む) <input type="checkbox"/> その他( ) 3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか <input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 通勤途中(出勤・退勤) <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用 <input type="checkbox"/> その他( ) 4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか <input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 道路上 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他( ) 5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中(職場の行事 職場の行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主有 <input type="checkbox"/> 無)  あてはまる原因がある場合、被害者ですか、加害者ですか 相手 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<b>【受診した医療機関】</b> 6. 診療を受けた病院名とその機関等 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 治療中 病院名 _____ 年 月 ~ 年 月 <input type="checkbox"/> 治ゆ <input type="checkbox"/> 治療中 7. 負傷をしたときの状況(原因)を具体的に記入してください <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
	8. 申請者が代表取締役等役員の方の場合 労災保険に特別加入していますか <input type="checkbox"/> 加入有 <input type="checkbox"/> 加入無	

社会保険労務士  
提出代行者の印

㊟

## 記入上の注意 1（被保険者が記入するところ）

1. 申請書は、診療月ごとに作成してください。今回申請の「⑩診療月」に療養を受けた病院等が4件以上の場合は、別紙に記入してください。
2. ④③②①の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。
3. ⑩の欄は、被保険者が自ら記入（自署）する場合には、押印は不要です。
4. (1) ⑤欄～⑦欄は、70歳未満の被保険者、被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に自己負担額が80,100円（標準報酬月額が53万円以上の場合は150,000円）を超える自己負担がある場合または同一月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額（⑧欄の費用徴収が「有」の場合は、自己負担相当額）が21,000円を超える自己負担が複数ある場合について記入してください。70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別に全ての自己負担額を記入してください。  
※ 平成18年9月までは、80,100円が72,300円、53万円以上が56万円以上、150,000円が139,800円、となります。  
(2) ⑩欄の被保険者が療養のあった月の属する年度（4月から7月診療分については前年度）分の市区町村民税が課税されない場合または、療養のあった月において生活保護法による保護を受けている場合は、(1)の「80,100円」とあるのは「35,400円」となります。
5. ⑧欄は、他の制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて該当する方をマル（○）で囲み、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号（「その他」の場合は具体的制度名）を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方をマル（○）で囲んでください。
  - ア. 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給
  - イ. 「児童福祉法」による育成医療の給付等
  - ウ. 「予防接種法」による医療費の支給
  - エ. 「障害者自立支援法」による自立支援医療の給付
  - オ. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付
  - カ. 「結核予防法」による医療の給付等
  - キ. 「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付
  - ク. 「母子保健法」による養育医療の給付等
  - ケ. 「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」による医療費の支給
  - コ. 「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給
  - サ. 「身体障害者福祉法」の指定医療機関における医療の給付
  - シ. 「特定疾患治療研究事業」による医療の給付
  - ス. 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給
  - セ. 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付
  - ソ. 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
  - タ. 「石綿による健康被害の救済に関する法律」の医療費の支給
  - チ. その他
6. ⑨欄は、病院等で支払った額のうち、保険診療分に係るもの及び薬剤一部負担額についてのみ記入し、特別室料、歯科で認められている差額徴収額等については除いてください。ただし、その額が明確でないときは病院等で支払った金額を記入し、その旨を（ ）内に記入してください。なお、⑨欄において費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を⑨欄に記入してください。
7. ⑫⑬⑭欄は、今回申請の診療月以前の1年間以内に、高額療養費の支給を3月以上受けたことがある場合に、直近の3月分についてそれぞれ記入してください。
8. 傷病の原因が負傷の場合（ねんざ・打撲・擦傷・骨折・打ち身など）は、裏面の⑯欄を必ず記入してください。ただし、すでに負傷原因について、社会保険事務所または社会保険事務局事務センターあて回答している場合は不要です。

## 記入上の注意 2（支払金融機関の欄・受取代理人の欄）

1. ㉔、㉕の欄は、該当する番号をマル（○）で囲んでください。㉖の欄は該当する金融機関をマル（○）で囲んでください。㉗支払区分の内容は次のとおりです。

支 払 区 分	内 容
1 振 込	給付が決定した場合、指定の金融機関の口座へ振込みます。郵便局の口座への振込は行っていません。
2 銀 行 送 金	給付が決定した場合、指定の銀行の窓口で受け取ることができます。
3 郵 便 局 送 金	給付が決定した場合、指定の郵便局の窓口で受け取ることができます。
4 当 地 払	給付が決定した場合、管轄の社会保険事務所の窓口で指定された日時に受け取ることができます。

※ 「2 銀行送金」と「3 郵便局送金」は、指定できない場合があります。希望されるときはあらかじめ社会保険事務所にご確認願います。「当地払い」は、管轄の社会保険事務所から通知により指定された日時に受けることとなりますので、ご了承願います。

以上により、銀行等に口座がある場合は、便利で確実な「振込」を希望されることをおすすめいたします。

2. 給付金の受け取りを他人に委任するときは、受取代理人の欄に必要な事項を記入してください。また、支払金融機関の欄に受取代理人名義の口座を記入してください。

なお、受取代理人の欄の被保険者および受取代理人の㉘は必ず押してください。

## 添付書類および留意事項について

1. 市区町村民税非課税または生活保護の場合、表面の㉙の欄に市区町村長から証明を受けてください。証明を受けられない場合は、下記のいずれかを提出してください。
- (1) 療養のあった月の属する年度（4月から7月診療分については前年度）分の市区町村民税が課税されない方にあつては、市区町村長の課税に関する証明書
  - (2) 療養のあった月において生活保護法による保護を受けている方にあつては、事業主、民生委員または福祉事務局長が原本証明した保護開始決定通知書、保護変更決定通知書又は保護廃止決定通知書の写
2. 同一年度（上記1の(1)に該当する方にあつては、8月から翌年7月までの間）内において、既に上記1の証明書等を提出している場合は同一年度内の療養に係る支給申請に際して上記1の証明書を添付する必要はありません。
3. 療養費払に係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。
4. 自己負担額には、柔道整復師、あんま、はり、きゅう等の施術で支払った自己負担相当額も該当します。
5. ㉚欄の費用徴収が「有」の場合は、当該徴収された費用の額を証する領収書等を添付してください。
6. ㉚欄の費用徴収の額と、当該療養のあった月と同一の月に医療機関別、入院・通院別の自己負担額が21,000円以上（70歳以上の方については当該費用徴収以外の全ての自己負担額）のものとの合算額が80,100円（上記1に該当する場合は35,400円、標準報酬月額が53万円以上の場合は150,000円、また、70歳以上の方については、44,400円、上記1に該当する場合は24,600円、現役並み所得者の場合は80,100円、ただし上記1に該当する70歳以上の方で、「一定の基準※」を満たす場合は15,000円）を超えていなければ高額療養費は支給されません。（平成18年10月以降）
- ※市区町村民税の基準所得（各所得毎に必要な経費、控除を差し引いたときの所得）がないこと。
7. 一定の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。
8. 被保険者以外の方の押印を省略することはできません。