

分かりやすい図解式

高額療養費支給申請書の記入のポイント

1ページ目：被保険者記入欄

健康保険 被保険者 被扶養者 高額療養費 支給申請書

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

医療機関に支払った1か月分の自己負担額が高額になり、自己負担額を超えた額の払い戻しを受ける場合にご使用ください。なお、記入方法および添付書類等については「記入の手引き」をご確認ください。



被保険者証 記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
21700023	1	20010510
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ	
氏名	協会 太郎	
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)	
9500000	025XXXXXX	
住所	新潟 新潟市中央区〇〇1-1△△マンション101	

受診者ご家族(被扶養者)の場合も、被保険者の氏名・生年月日を記入してください。
 ※退職後の申請の場合は、在职期間中の記号番号をご記入ください。

ゆうちょ銀行をご利用の場合

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	一二八
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	1234567

！ 記入もれ注意
 振込先指定口座はもれなくご記入ください。

ゆうちょ銀行以外をご利用の場合

金融機関名称	〇 〇	支店名	▲ ▲
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	1234567

！ 記入不備注意
 ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の漢数字3桁(一二八など)でご記入ください。

！ 記入不備注意
 支店、出張所などの選択間違いが見受けられますので、正確にご記入ください。

2ページ目に続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

！ 記入不備注意
 口座番号は、上記被保険者(申請者)氏名と同じ名義の口座番号をご記入ください。

被保険者証の記号番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。
 マイナンバーを記入した場合、身元確認を行うための書類と番号確認を行うための書類の添付が必要です。これらの添付がない場合は、申請書をお返すこととなりますので、ご注意ください。

【被保険者が亡くなられ、相続人の方が申請する場合】
 被保険者情報欄の氏名には、申請される方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
 ※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。
 ※被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等(相続人であることの確認できる書類)の添付が必要です。(申請できる方は相続順位が一番高い方になります。)

2ページ目:被保険者記入欄

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 **高額療養費 支給申請書**

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

1 2 ページ

! 受診者・医療機関・医科・歯科・入院・外来・薬局ごとにご記入ください。

! 同じ月内で記入する項目が4か所以上ある場合は、2ページ目を複数枚記入して、併せてご提出ください。

被保険者氏名 **協会 太郎**

! 記入もれ注意
被保険者氏名をご記入ください。

医療機関等から協会へ請求のあった診療報酬明細書(レセプト)により確認できた、本申請の支給(合算)対象となる診療等の自己負担額を全て合算して、支給額を算出します。

① 診療年月	令和 05 年 01 月	令和 05 年 01 月	令和 05 年 01 月
受診者氏名	協会 太郎	協会 太郎	協会 花子
② 受診者生年月日	2 1.昭和 01 年 05 月 10 日	2 1.昭和 01 年 05 月 10 日	1 1.昭和 62 年 02 月 20 日
医療機関(薬局)の名称	〇〇総合病院	〇〇薬局	〇〇総合病院
医療機関(薬局)の所在地	新潟市□□-〇〇	新潟市△△-□□	新潟市〇〇△-△
④ 病名・ケガの別	1 1.病名 2.ケガ	1 1.病名 2.ケガ	2 1.病名 2.ケガ
⑤ 療養を受けた期間	03 日から 25 日	29 日から 29 日	29 日から 29 日
⑥ 支払額(右づめ)			

! 記入不備注意
高額療養費の申請は、**月単位(1日から末日)**で申請してください。
※月をまたいだり、複数月の申請をまとめて行うことはできません。

! 記入不備注意
受診者がご家族(被扶養者)の場合は、ご家族の氏名・生年月日をご記入ください。

! 記入もれ注意
非常に記入もれが多い項目です。記入がないと申請書をお返すこととなりますので、ご注意ください。

! 記入不備注意
療養を受けた期間の詳細な日付が不明な場合は、1日から末日をご記入ください。

01 日から 31 日

! 記入不備注意
領収書の一部負担金の金額をご記入ください。
※保険適用外の金額や食事療養費の金額は除きます。

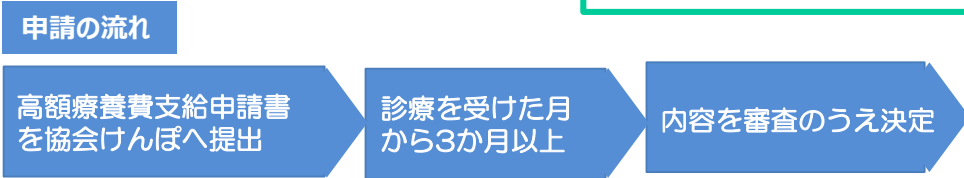
⑧ 非課税等 被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)には、左記に☑を入れてください。

⑨ 被保険者(マイナンバー) 被保険者がマイナンバーを有している場合は、前年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号(〒)を記入してください。

⑩ 希望しない マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、左記に☑を入れてください。希望しない場合には、非課税証明書の必要な証明書類を添付してください。

① 自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合は、必ずチェックをお願いします。

② ①をチェックした方は、必ずご記入ください。



! 『領収書のコピー』の添付は必要ありません。(ただし、他の公的制度から医療費の助成を受けている場合は添付が必要になります。)

高額療養費として払い戻しができる可能性のある方に申請書をお送りしています。

診療を受けた月から約6か月経過しても高額療養費の申請がない方に、あらかじめ必要事項を記載した高額療養費支給申請書をお送りしています。