

高額療養費支給申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

1ページ目: 本人記入欄

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入してください。誤記入がある場合には、修正液等は使用せず、申請書1ページ目の氏名横に押印した印鑑で訂正印を押印のうえ訂正してください。

健康保険 被保険者 高額療養費 支給申請書 被扶養者 世帯合算 ※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。		1	2	ページ	高	
記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。 申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。						
記入見本 01123456789アイウ						
被保険者情報	記号	21700023	番号	21	生年月日	2010510
	氏名・印	協会 太郎		印		
	住所	〒2400000 神奈川県 横浜市 〇〇区 〇〇町 1-1				
振込先指定口座	金融機関名称	ゆうちょ		二三八		
	預金種別	1	口座番号	2345678		
	口座名義	キョウカイ タロウ		1		
受取代理人の欄	被保険者	氏名・印		印		
	代理人 (口座名義人)	住所		印		
	被保険者のマイナンバー記載欄		[被保険者記入用]は2ページに続きます。▶▶▶			
社会保険労務士の提出代行名記載欄		641166 1				



記号番号は保険証に記載の記号番号を正確に記入してください。

受診者がご家族(被扶養者)であっても、被保険者情報の氏名欄にはご本人(被保険者)の氏名を記入してください。

振込先指定口座は漏れなく記入して下さい。特に預金種別、口座名義区分の記入漏れが多くなっております。

ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名は漢数字三ケタ(二三八など)で記入してください。〇〇郵便局などの地名を記入の場合は不備となり、申請書をお返しすることになりますので、ご注意ください。

ご本人(被保険者)名義の口座が基本になりますが、別名義の口座へ振り込み希望の場合、受取代理人の欄への記名・押印が必要です。(自筆であっても押印の省略はできませんので、ご注意ください。)



マイナンバーをご記入いただいた場合は、番号を確認する書類と身元を確認する書類の添付が必要です。これらの書類の添付がされていない場合は、申請書をお返しすることとなりますので、ご注意ください。

【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】
 被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の氏名には、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。
 ※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。
 ★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

高額療養費支給申請書の記入にあたり 特にご注意いただきたい6箇所

① 記号番号は、正確に記入してください。

② 受診者が、ご家族（被扶養者）であっても、被保険者情報の氏名欄には**ご本人（被保険者）の氏名**を記入してください。

被保険者：協会 太郎

被扶養者：協会 花子

健康保険 本人（被保険者） 00111
被保険者証 平成26年 6月25日交付

1 記号 21700023 番号 21

2 氏名 協会 太郎

生年月日 平成 元年 5月 10日

性別 男

資格取得年月日 平成 26年 6月 1日

事業所名称 株式会社

保険者番号 010100116

保険者名称 全国健康保険協会 支部

保険者所在地 市 区 町 - -

印

健康保険 家族（被扶養者） 01111
被保険者証 平成26年 6月25日交付

1 記号 21700023 番号 21

氏名 協会 花子

生年月日 昭和 58年 10月 1日

性別 女

認定年月日 平成 26年 6月

被保険者氏名 協会 太郎 2

事業所名称 株式会社

保険者番号 010100116

保険者名称 全国健康保険協会 支部

保険者所在地 市 区 町 - -

印



保険者番号は申請書に記入いただく必要はありません。

被保険者情報	1 記号 被保険者証 (左づめ)	番号	生年月日	年	月	日				
	2 氏名・印	協会 太郎	2	1.昭和 2.平成 3.令和	0	1	0	5	1	0
	住所	〒 240-0000	神奈川県	横浜市	〇〇区	〇〇町	1-1			

③ 振込先指定口座欄については、下記の2点にご注意ください。

- 基本的に**ご本人（被保険者）名義**の口座を記入してください。（上図の保険証の場合は「協会 太郎」名義です。）
- ゆうちょ銀行**をご指定の場合、支店名は**漢数字三ケタ（二三八など）**です。

振込先指定口座	3 金融機関 名称	ゆうちょ	銀行 金融 信組 農協 漁協 その他 ()	二三八	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	1 預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	2 3 4 5 6 7 8	左づめでご記入ください。
	口座名義	キョウカイ タロウ	口座名義 の区分	1	1. 被保険者 2. 代理人

- ④ ご本人（被保険者）名義の口座以外へ振込希望の場合、**受取代理人の欄への記名・押印が必要です。**
（自筆の場合でも押印の省略はできませんので、ご注意ください。）

受取代理人の欄	被保険者	氏名・印 協会 太郎 印		2 1.平成 2.令和 010605	年 月 日
	代理人 (口座名義人)	〒 240 ○○○○ 住所 神奈川県 横浜市 ○○区○○町 1-1 (フリガナ) 協会 花子 氏名・印 協会 花子 印	TEL(ハイフン除く) 045 ××××××××	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	被保険者との関係 妻

- ⑤ 高額療養費の申請書は**診療月ごと**に申請していただく必要があります。
複数月の申請をまとめて行うことはできませんので、ご注意ください。

- ⑥ 受診者がご家族（被扶養者）の場合は、氏名と生年月日の記入が必要です。

申請内容	① 診療月	2 1.平成 2.令和 0105		[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	1 1.被保険者 2.家族(被扶養者) 氏名 生年月日	1 1.被保険者 2.家族(被扶養者) 氏名 生年月日	2 1.被保険者 2.家族(被扶養者) 協会 花子 1 1.昭和 2.平成 3.令和 581001 年 月 日
	③ 療養を受けた医療機関・薬局の	名称 所在地 △△総合病院 横浜市○○区△-△	□□薬局 横浜市□□区□-□	○○総合病院 横浜市○○区○-○



本記入の手引きは、法改正や書式変更があった際は随時更新されます。最新版の記入の手引きは左の二次元コードの読み取り、もしくは支部ホームページをご確認ください。

