

# 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 被扶養者 世帯合算 **高額療養費 支給申請書** 1 2 ページ **高**  
※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。 **被保険者記入用**

記入方法および添付書類については、「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

被保険者証の 記号 (左づめ)	21700023	21	生年月日	2	010510
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		
金融機関 名称	ゆうちょ		二三八		本店 支店
預金種別	1	口座番号	2345678		左づめでご記入ください。
口座名義	キョウカイ タロウ		1		被保険者の区分 代理人

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

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	氏名・印	印

被保険者のマイナンバー記載欄  
・被保険者が非課税の場合は、被保険者のマイナンバーを記入し、本人確認書類を添付してください。詳細は「記入の手引き」をご覧ください。

社会保険事務士の  
提出代行名記載欄  
様式番号 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。

**健康保険 被保険者 高額療養費 支給申請書**

1 2 ページ  
被保険者記入用

被保険者氏名 **協会 太郎**

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

1 診療月	2 1.平成 2.令和 0 1 0 5		← 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. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	2. 被保険者 2. 家族(被扶養者)
氏名			協会 花子
家族の場合は その方の 生年月日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日	1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日 5 8 1 0 0 1
3 療養を受けた 医療機関・薬局の 名称	△△総合病院	□□薬局	〇〇総合病院
所在地	横浜市〇〇区△-△	横浜市□□区□-□	横浜市〇〇区〇-〇
4 病気・ケガ の別	2. 病気(異常分給含む) ケガ(自傷)	1. 病気(異常分給含む) 2. ケガ(自傷)	1. 病気(異常分給含む)
療養を受けた期間	2. 1.平成 2.令和 0 1 0 5 16 ~ 26	2. 1.平成 2.令和 0 1 0 5 16 ~ 26	2. 1.平成 2.令和 0 1 0 5 07 ~ 25
入院通院の別	2. 1.入院 2. 通院・その他	2. 1.入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他
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 0 0 円	7 8 0 0 0 円	1 2 3 0 0 0 円
自己負担額が不明の場合は 支払った総額			
6 他の公的制度から、医療費の 助成を受けていますか	2. はい	2. はい	2. はい
助成を受けた 制度の名称			
はいの場合 自己負担分の 助成の内容	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※
7 限度額適用認定証(限度額適用 単自負担額減額認定証)使用の有無	1. 有 2. 無	1. 有 2. 無	1. 有 2. 無

1. 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。

8 診療月 1 2 3

被保険者本人が市区町村民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、この欄に市区町村民税より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。  
(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)  
他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区町村民長が証明する欄

当該被保険者は 1.平成 2.令和 年 年度の 市区町村民長名

市区町村民税が課税されないことを証明する。

6 4 1 2 6 5

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2/2)

ご本人(被保険者)の氏名を記入してください。

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。

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。

医療機関等の名称・所在地の記入は省略できません。正確な所在地が不明の場合は市区町村までは表記してください。

療養を受けた期間については、詳細な日付が不明な場合、1日~月末日を記入してください。

(例)

1. 平成 2. 令和 3 0 0 1  
0 1 ~ 3 1

入院通院の別については、入院は「1」・通院や薬局は「2」を記入してください。

領収証を参考に記入してください。保険診療分の金額(自己負担額)が不明な場合、医療機関等に支払った総額を下段に記入してください。

2(ケガ)の場合は、負傷原因届を添付願います。

他の公的制度とは、お住まいの県や市町村の制度を指します。県や市町村から医療費の補助を受けている場合は、その制度の名称等を必ず記入してください。

**健康保険 負傷原因届**

(健康保険者記入用)

※記入方法は、この欄の「記入例」を参照してください。【印刷用紙は、健康保険者本人が市区町村民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、この欄に市区町村民税より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。】

健康保険者氏名 協会 太郎

市区町村民長が証明する欄

当該被保険者は 1.平成 2.令和 年 年度の 市区町村民長名

市区町村民税が課税されないことを証明する。

6 4 1 2 6 5

全国健康保険協会 協会けんぽ

(1/1)

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

- 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 <b>0105</b>		[ 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) <b>協会 花子</b> 1 1.昭和 2.平成 3.令和 <b>581001</b> 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△-△	名称 所在地 □□薬局 横浜市□□区□-□	名称 所在地 ○○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。

