

# 高額療養費支給申請書



～記入方法のポイント～（ここを要チェック！！）

## 提出前に、記入もれがないか、今一度ご確認ください！

審査を行う際、必要事項の記載がないなど、申請書の記入方法が誤っている場合は、申請書を一旦お返ししておりますが、お返しするケースが増えております。

少しでも早いお支払いをするためにも、記入もれ等がないようご注意願います。

なお、ご不明な点がございましたら、必ず、申請書の記入例をご参照いただくか、宮城支部業務第二グループ高額療養費担当にご連絡いただきますようお願いいたします。

以下、お返しするケースが多いものです。特にご確認をお願いいたします。

### 記載必須事項

申請者

記入に際しては、えんぴつではなくボールペン等をご使用のうえ、申請印は、シャチハタ印等のスタンプ印以外を押印願います。

申請者氏名は受診された方ではなく、被保険者氏名となっておりますか？

診療月の記載がありますか？（月単位の申請となっておりますか）

受診者別、医療機関別、入院・通院別に記載がありますか？

振込希望  
口座

口座名義人（フリガナ）は、被保険者（申請者）になっておりますか？

受取代理人の場合、被保険者（申請者）及び受取代理人、双方の押印はありますか？

訂正がある場合は、二重線で消したうえで申請印を押印してください。（修正液等は不可）

### ここがポイント！

申請者

㉔～㉚欄は、入院・通院・歯科・薬局ごとに記載が必要となります。

（70歳未満の方の場合、21,000円以上のもののみが合算対象となります。なお、この場合、限度額適用認定証を使用した分も記載が必要となります。また、調剤薬局分は、その処方せんを発行した通院分を合わせて21,000円以上が対象となります。）

裏面の  
活用を

当月分の医科（入院・通院）・歯科・調剤薬局の履歴は、1枚の申請書に3カ所しか記載できないため、欄が不足の場合は、裏面の「続紙」に記載の上、申請書に添付してご提出ください。

協会けんぽ宮城支部 業務第二グループ（高額療養費担当）

電話 022-714-6856（直通）

電話のお掛け間違いにご注意ください

協会けんぽ

検索

<http://www.kyoukaikenpo.or.jp>

申請書の記載欄が不足する場合は、下欄に記載のうえ申請書に添付してください。

被保険者  
(申請者)の  
氏名と印


---

健康保険高額療養費支給申請書  
( 続紙 )

療養を受けた方の 氏名・生年月日 被保険者との続柄	選択No	氏名	続柄	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄																							
	傷病名																																											
療養を受けた 病院等の	名称																																											
	所在地																																											
上記病院等で療養 を受けた期間 (申請する診療月のみの期間)	年 月 日から 日まで					( )日間					年 月 日から 日まで					( )日間					年 月 日から 日まで					( )日間																		
上記の期間に病院等で 支払った額(自己負担額) (病室料差額、食事代等除く)	円					( )円					円					( )円					円					( )円																		
	受けられる (制度名 )					費用徴収 の有無					0:無 1:有					受けられる (制度名 )					費用徴収 の有無					0:無 1:有					受けられる (制度名 )					費用徴収 の有無					0:無 1:有			
診療合計点数						点										点										点																		
入院・通院の別	1:入院 2:通院(その他)					1:入院 2:通院(その他)					1:入院 2:通院(その他)					1:入院 2:通院(その他)					1:入院 2:通院(その他)																							

療養を受けた方の 氏名・生年月日 被保険者との続柄	選択No	氏名	続柄	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄	生年月日	昭和・平成	年	月	日	続柄																							
	傷病名																																											
療養を受けた 病院等の	名称																																											
	所在地																																											
上記病院等で療養 を受けた期間 (申請する診療月のみの期間)	年 月 日から 日まで					( )日間					年 月 日から 日まで					( )日間					年 月 日から 日まで					( )日間																		
上記の期間に病院等で 支払った額(自己負担額) (病室料差額、食事代等除く)	円					( )円					円					( )円					円					( )円																		
	受けられる (制度名 )					費用徴収 の有無					0:無 1:有					受けられる (制度名 )					費用徴収 の有無					0:無 1:有					受けられる (制度名 )					費用徴収 の有無					0:無 1:有			
診療合計点数						点										点										点																		
入院・通院の別	1:入院 2:通院(その他)					1:入院 2:通院(その他)					1:入院 2:通院(その他)					1:入院 2:通院(その他)					1:入院 2:通院(その他)																							