

2023年度第2回 健康保険委員研修会

## 事務手続き編

# 医療費が戻ってくるかも！ 高額療養費制度



全国健康保険協会 沖縄支部  
協会けんぽ

# 高額療養費の申請方法

高額療養費とは

医療機関や薬局の窓口で支払った金額が  
同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の自己負担額(健康保険診療分)が  
高額になった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた分が、後で払い戻される制度です。

※ 健康保険の適用にならないもの、入院時の食事負担や差額ベッド代は含みません

療養の給付 (総医療費)

医療費総額(10割分) ※診療報酬点数×10円

診療報酬点数が10,000点の場合

10,000点×10円=100,000円 … 総医療費

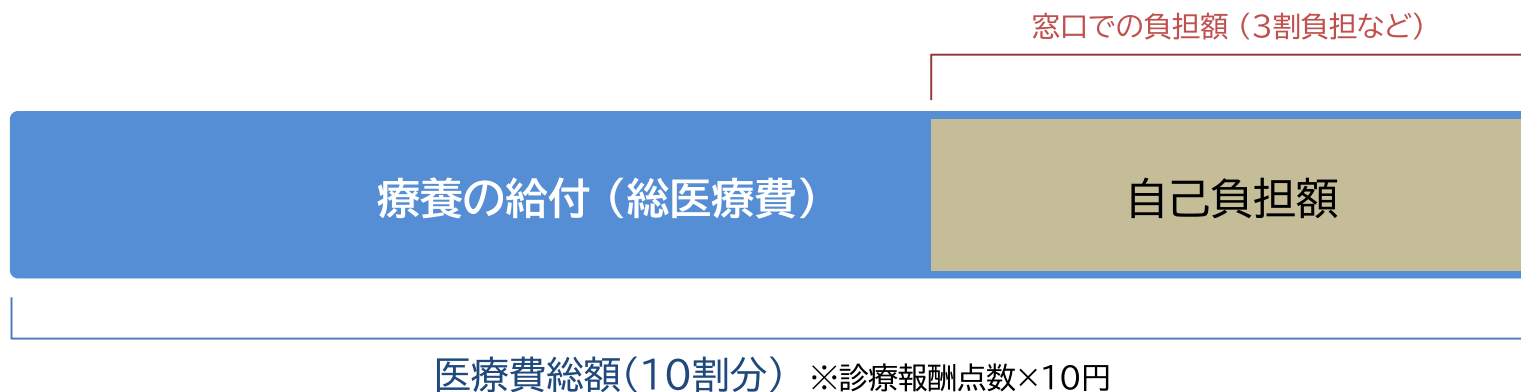
100,000円の3割(一般的な窓口負担割合)=30,000円 … 自己負担額

# 高額療養費の申請方法

高額療養費とは

医療機関や薬局の窓口で支払った金額が  
同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の自己負担額(健康保険診療分)が  
高額になった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた分が、後で払い戻される制度です。

※ 健康保険の適用にならないもの、入院時の食事負担や差額ベッド代は含みません



診療報酬点数が10,000点の場合

10,000点×10円=100,000円 … 総医療費

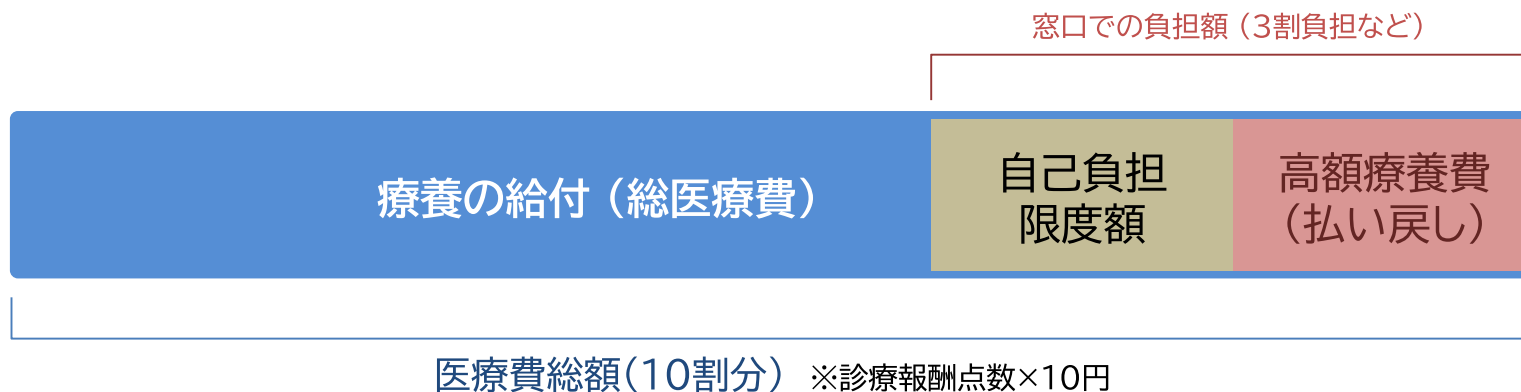
100,000円の3割(一般的な窓口負担割合)=30,000円 … 自己負担額

# 高額療養費の申請方法

高額療養費とは

医療機関や薬局の窓口で支払った金額が  
同一月(1日から月末まで)にかかった医療費の自己負担額(健康保険診療分)が  
高額になった場合、一定の金額(自己負担限度額)を超えた分が、後で払い戻される制度です。

※ 健康保険の適用にならないもの、入院時の食事負担や差額ベッド代は含みません



診療報酬点数が10,000点の場合

10,000点×10円=100,000円 … 総医療費

100,000円の3割(一般的な窓口負担割合)=30,000円 … 自己負担額

# 高額療養費の申請方法

自己負担限度額は、年齢および所得状況等により設定されています

## ■ 70歳未満の方の区分

所得区分	自己負担限度額	多数該当
① 区分ア (標準報酬月額83万円以上の方)	$252,600円 + (\text{総医療費} - 842,000円) \times 1\%$	140,100円
② 区分イ (標準報酬月額53万～79万円の方)	$167,400円 + (\text{総医療費} - 558,000円) \times 1\%$	93,000円
③ 区分ウ (標準報酬月額28万～50万円の方)	$80,100円 + (\text{総医療費} - 267,000円) \times 1\%$	44,400円
④ 区分エ (標準報酬月額26万円以下の方)	57,600円	44,400円
⑤ 区分オ (被保険者が市区町村民税の非課税者等)	35,400円	24,600円

- ・ 総医療費とは保険適用される診察費用の総額(10割)です
- ・ 療養を受けた月より以前の1年間に、3ヵ月(3回)以上の高額療養費の支給を受けた(限度額適用認定証を使用し、自己負担限度額を使用した場合も含む)場合には、4ヵ月目から「多数該当」となり、自己負担限度額がさらに減額されます
- ・ 「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります

# 高額療養費の申請方法

自己負担限度額は、年齢および所得状況等により設定されています

## ■ 70歳以上 75歳未満の方の区分

被保険者の所得区分		自己負担限度額	
		外来(個人ごと)	外来・入院(世帯)
① 現役並み 所得者	現役並みⅢ (標準報酬月額83万円以上で高齢受給者証 の負担割合が3割の方)	252,600円 + (総医療費 - 842,000円) × 1% [多数該当: 140,100円]	
	現役並みⅡ (標準報酬月額53万~79万円 で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	167,400円 + (総医療費 - 558,000円) × 1% [多数該当: 93,000円]	
	現役並みⅠ (標準報酬月額28万~50万円 で高齢受給者証の負担割合が3割の方)	80,100円 + (総医療費 - 267,000円) × 1% [多数該当: 44,400円]	
② 一般所得者 (①および③以外の方)		18,000円 (年間上限14.4万円)	57,600円 [多数該当: 44,400円]
③ 低所得者	Ⅱ (※3)	8,000円	24,600円
	Ⅰ (※4)		15,000円

・ (※3) 被保険者が市区町村民税の非課税者等である場合です

・ (※4) 被保険者とその扶養家族全ての方の収入から、必要経費・控除額を除いた後の所得がない場合です

注) 現役並み所得者に該当する場合は、市区町村民税が非課税であっても現役並み所得者となります

# 高額療養費の申請方法

## ■ 高額負担がすでに年3月(3回)以上ある場合の4月目(4回目)以降 (多数該当高額療養費)

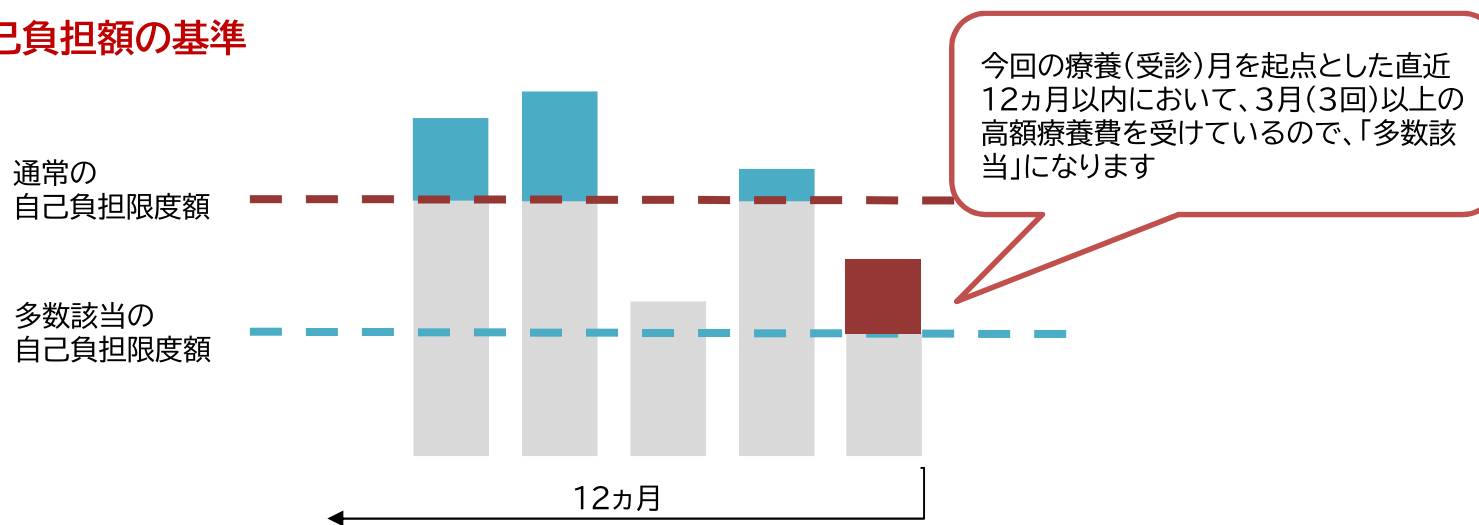
高額療養費として払い戻しを受けた月数が1年間(直近12ヵ月)で3月以上あったときは、4月目からの自己負担限度額がさらに引き下げられます

なお、70歳以上75歳未満の高齢受給者の多数該当については、通院の限度額の適用によって高額療養費を受けた回数は考慮しません

※ 多数該当は同一保険者での療養に適用されます。国民健康保険や健康保険組合から協会けんぽに加入した場合など、保険者が変わったときは多数該当の月数に通算されません

※ 多数該当は同一被保険者で適用されます。退職して被保険者から被扶養者になった場合などは、多数該当の月数に通算されません

## ■ 自己負担額の基準

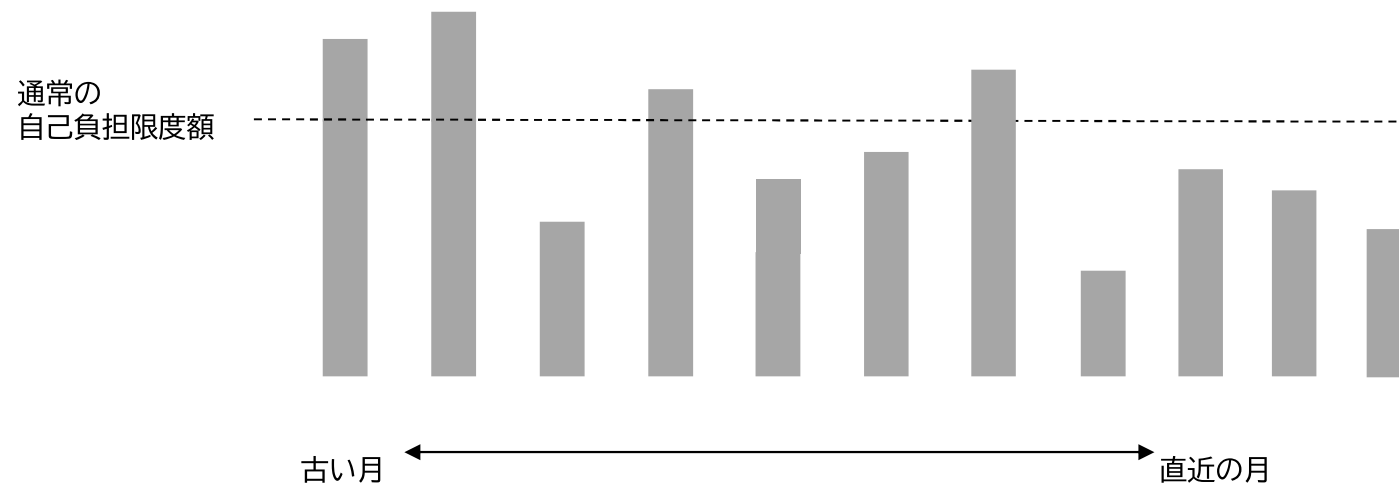


# 高額療養費の申請方法

---

## 各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか

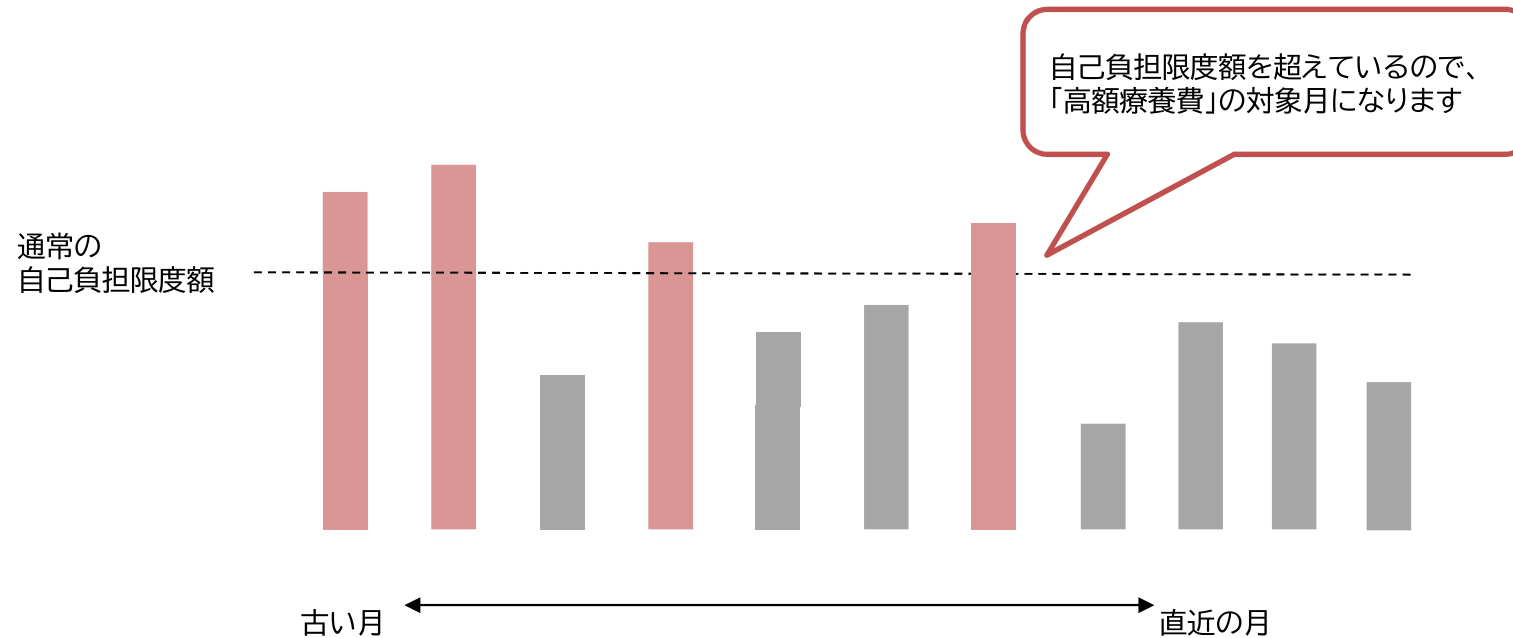




# 高額療養費の申請方法

## 各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか

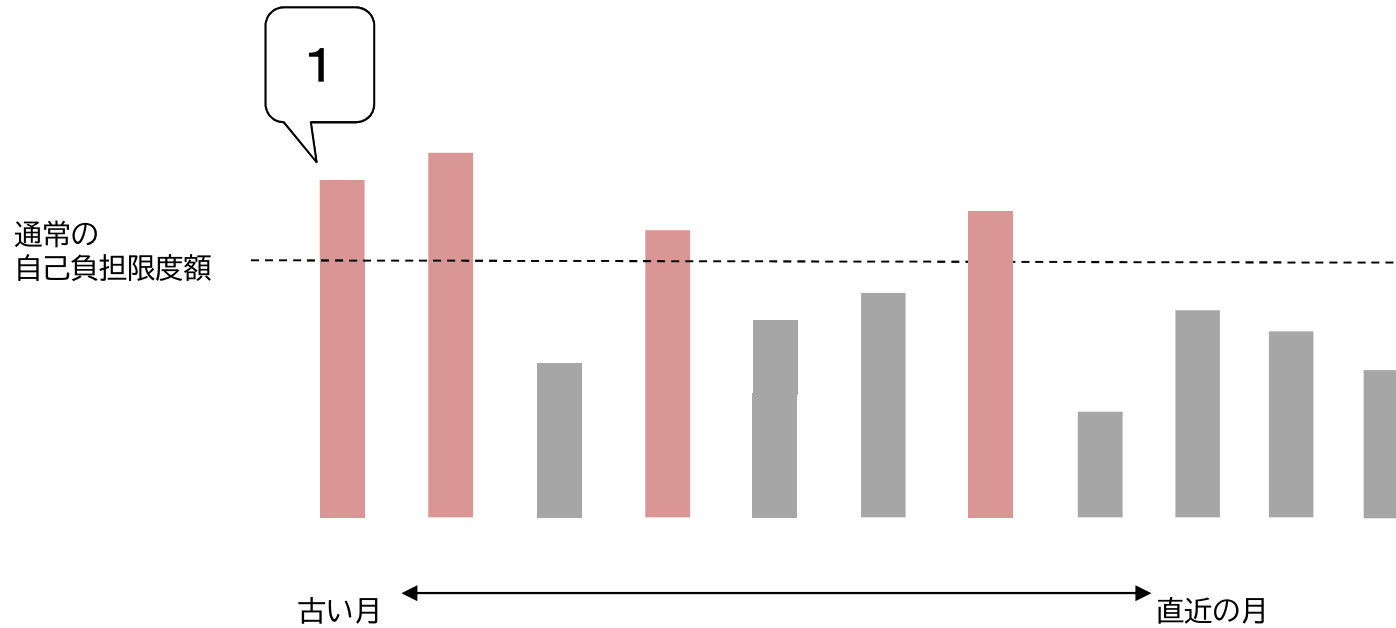


ですが・・・

# 高額療養費の申請方法

## 各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

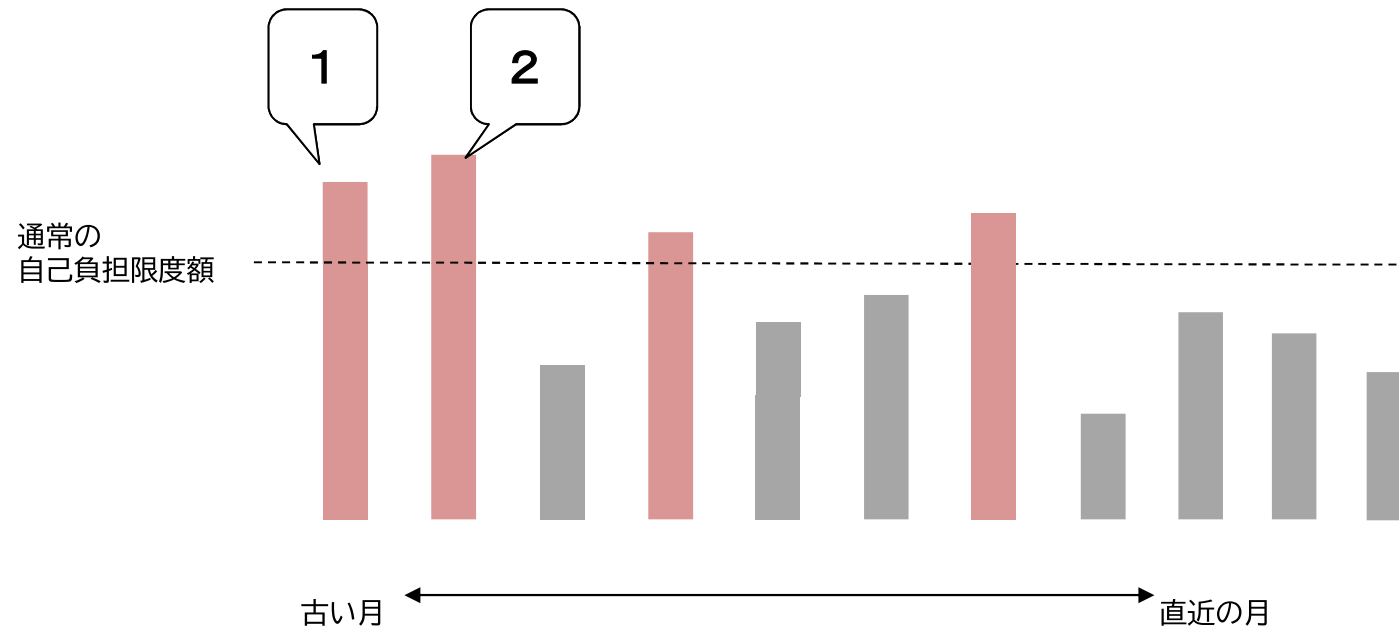
ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか



# 高額療養費の申請方法

## 各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

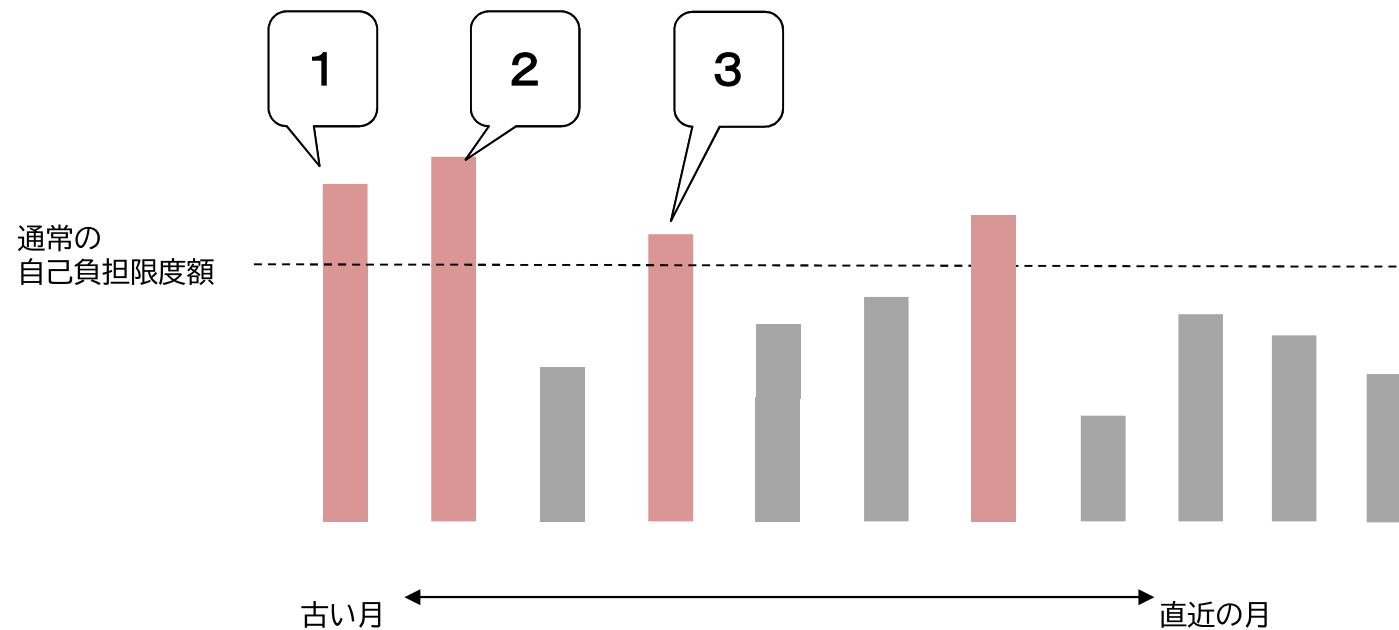
ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか



# 高額療養費の申請方法

各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

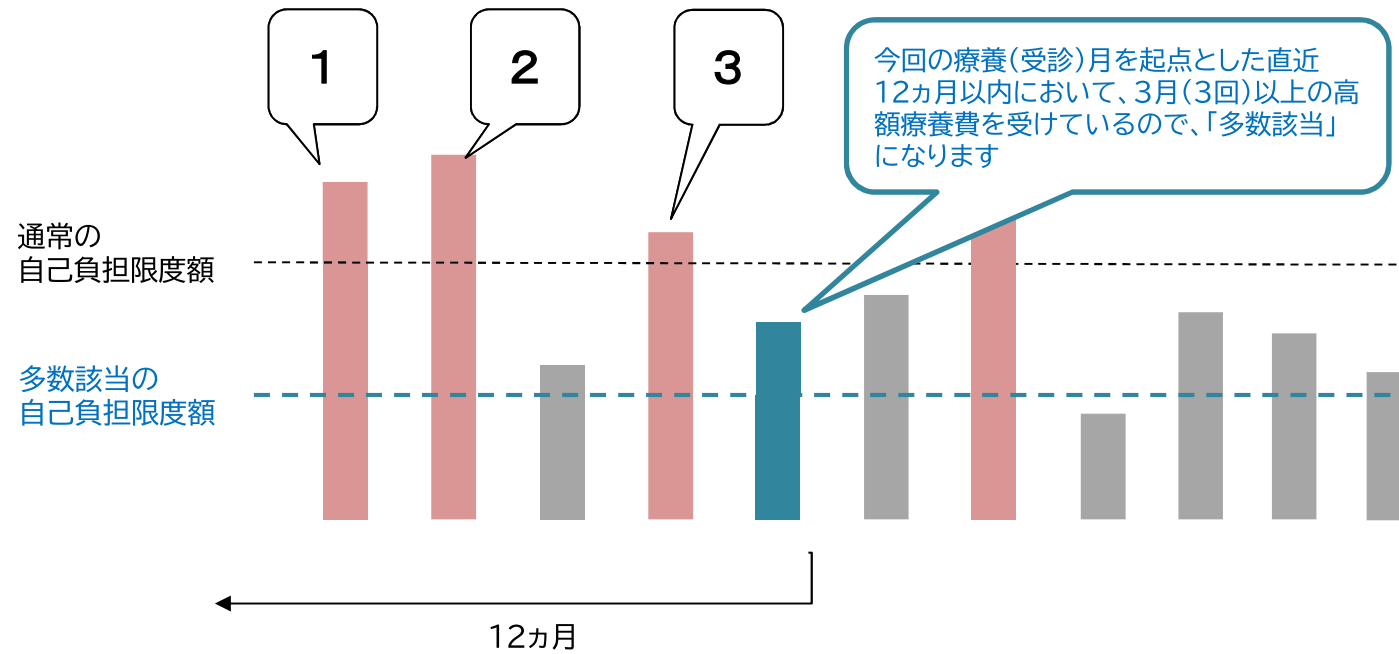
ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか



# 高額療養費の申請方法

## 各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

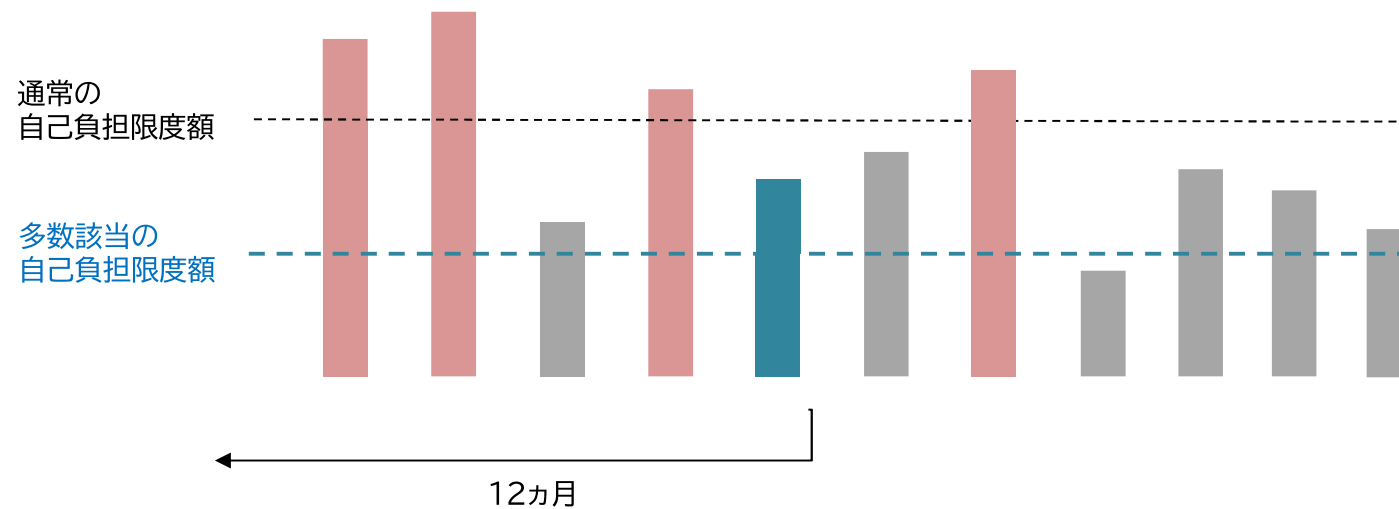
ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか



# 高額療養費の申請方法

各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか

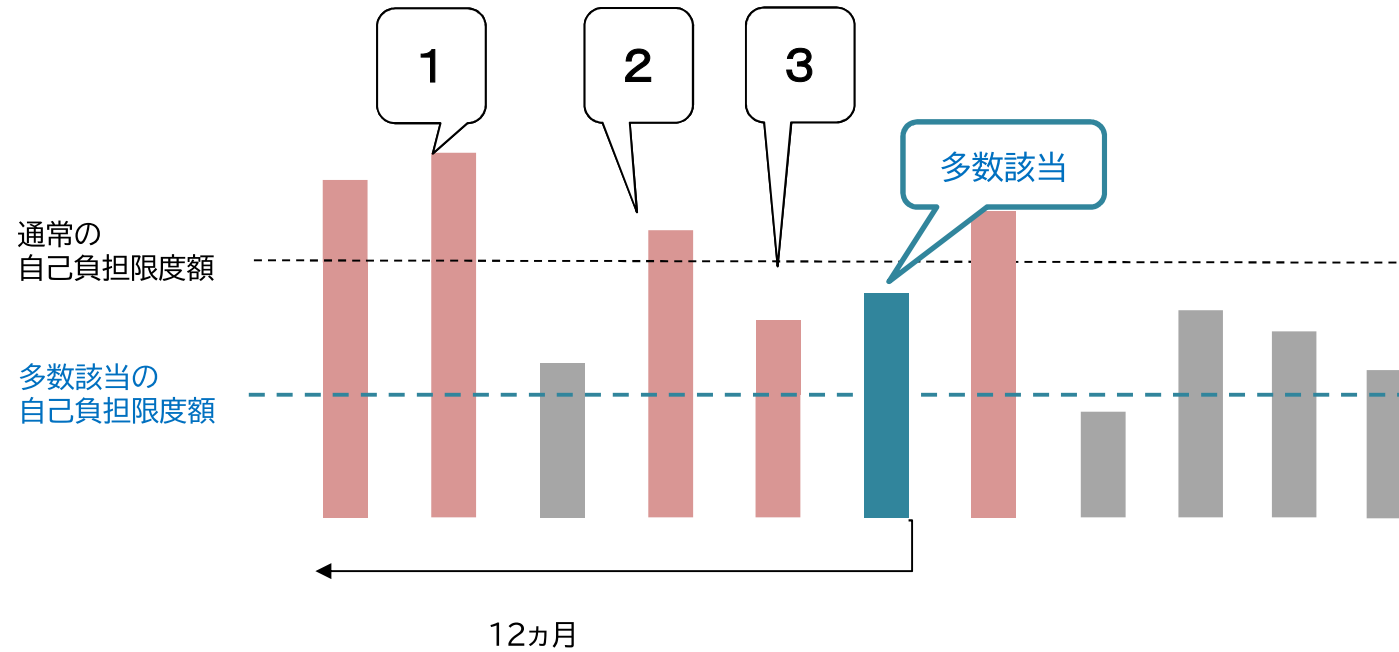


ということは・・・

# 高額療養費の申請方法

各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか

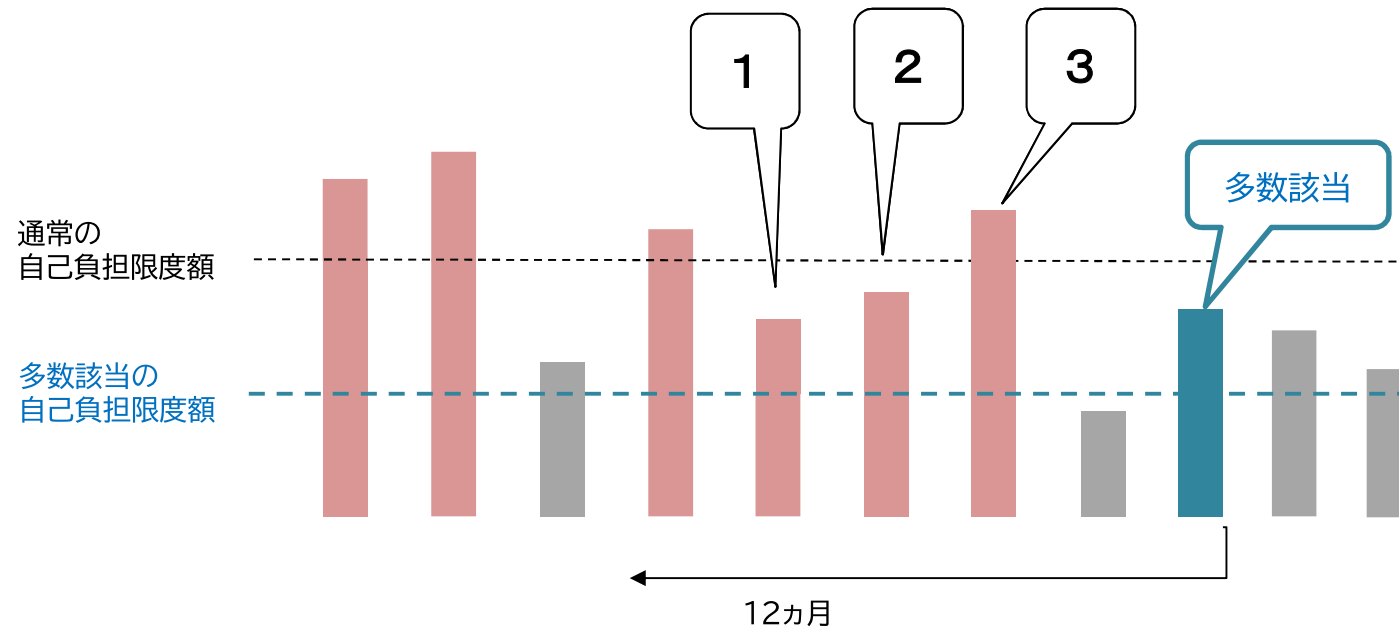


となりますね

# 高額療養費の申請方法

## 各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか

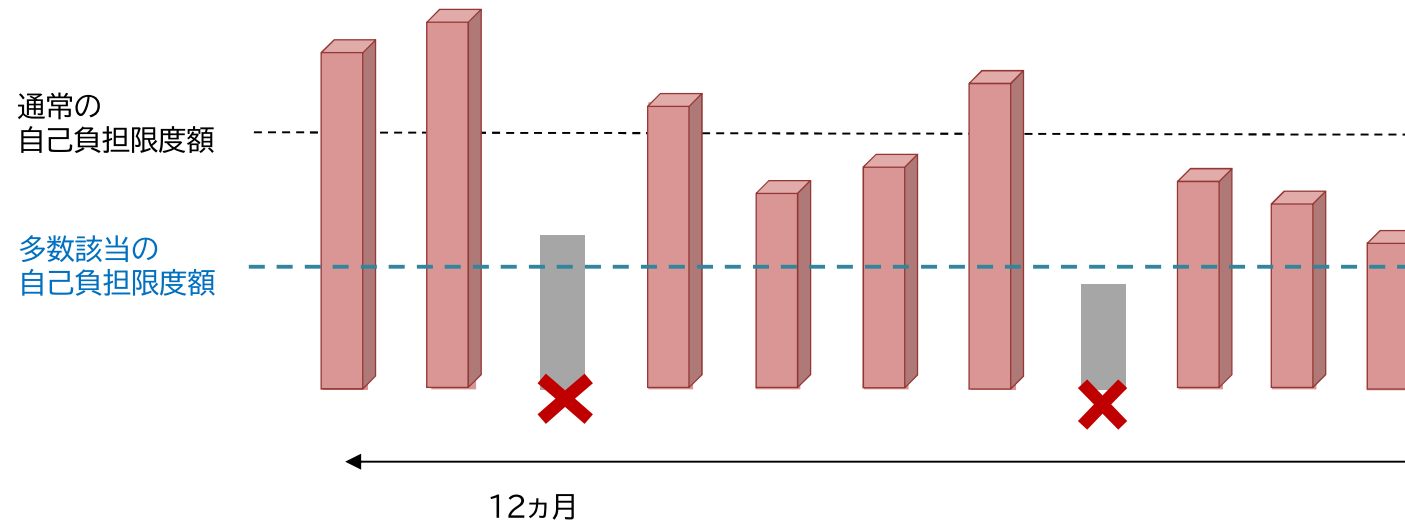




# 高額療養費の申請方法

各月の自己負担額において「高額療養費」となるか

ある世帯における月ごとの自己負担額です。どれが高額療養費として払い戻しの対象となるでしょうか



これらの月が対象です

# 高額療養費の申請方法

---

## 自己負担額は世帯で合算できます(世帯合算)

世帯で複数の方が同じ月に病気やけがをして医療機関で受診をした場合や、お一人が複数の医療機関で受診をしたり、一つの医療機関で入院と外来で受診をした場合は、自己負担額は世帯で合算することができます。その合算した額が自己負担限度額を超えた場合は、超えた額が払い戻されます。

※ ここで言う「世帯」とは、協会けんぽに加入している被保険者(=お勤めをされている方)と、その被扶養者です。ただし、70歳未満の方の合算できる自己負担額は、21,000円以上のもの(下記の「合算対象のポイント」)に限られます。70歳以上の方は自己負担額をすべて合算できます。

### ■ 合算対象のポイント

70歳未満の方の場合は、受給者別に次の基準よりそれぞれ算出された自己負担額(1ヵ月)が21,000円以上のものを合算することができます。

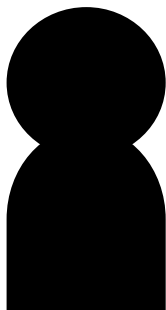
### ■ 自己負担額の基準

- 医療機関ごとに計算します。同じ医療機関であっても、医科入院・医科外来・歯科入院・歯科外来にわけて計算します。
- 医療機関から交付された処方箋により調剤薬局で調剤を受けた場合は、薬局で支払った自己負担額を処方箋を交付した医療機関に含めて計算します。

# 高額療養費の申請方法

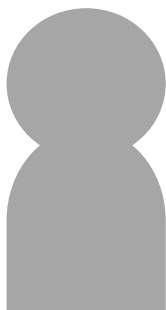
---

ある月(1日~末日)の診療について「世帯合算」となるか



被保険者 41歳  
(お勤めをされている本人)

A診療所	自己(窓口)負担額	15,000円
B整形外科	自己(窓口)負担額	45,000円
C薬局(B整形外科が処方)	自己(窓口)負担額	8,000円



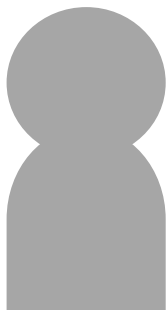
被扶養配偶者 40歳

D内科	自己(窓口)負担額	20,000円
E薬局(D内科が処方)	自己(窓口)負担額	8,000円

# 高額療養費の申請方法

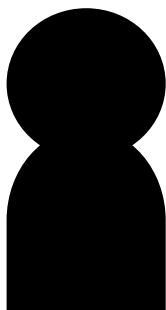
---

ある月(1日~末日)の診療について「世帯合算」となるか



被保険者 41歳  
(お勤めをされている本人)

A診療所	自己(窓口)負担額	15,000円
B整形外科	自己(窓口)負担額	45,000円
C薬局(B整形外科が処方)	自己(窓口)負担額	8,000円



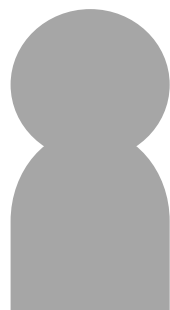
被扶養配偶者 40歳

D内科	自己(窓口)負担額	20,000円
E薬局(D内科が処方)	自己(窓口)負担額	8,000円

# 高額療養費の申請方法

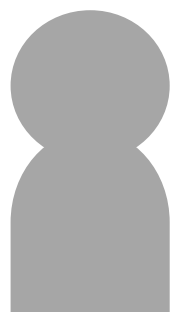
ある月(1日~末日)の診療について「世帯合算」となるか

70歳未満の方の場合は、自己負担額が21,000円以上のものを合算することができます



被保険者 41歳  
(お勤めをされている本人)

A診療所	自己(窓口)負担額	15,000円	×
B整形外科	自己(窓口)負担額	45,000円	○
C薬局(B整形外科が処方)	自己(窓口)負担額	8,000円	×



被扶養配偶者 40歳

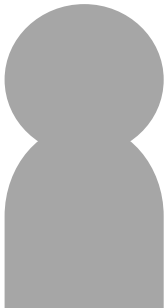


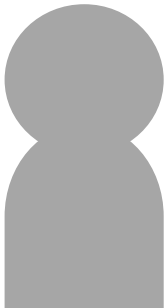

D内科	自己(窓口)負担額	20,000円	×
E薬局(D内科が処方)	自己(窓口)負担額	8,000円	×

このように思われたかも知れませんが

# 高額療養費の申請方法

ある月(1日~末日)の診療について「世帯合算」となるか

70歳未満の方の場合は、自己負担額が21,000円以上のものを合算することができます

 被保険者 41歳 (お勤めをされている本人)	A診療所	自己(窓口)負担額 15,000円	 処方元の負担額と合算できる → 53,000円 
	B整形外科	自己(窓口)負担額 45,000円	
	C薬局(B整形外科が処方)	自己(窓口)負担額 8,000円	
 被扶養配偶者 40歳	D内科	自己(窓口)負担額 20,000円	処方元の負担額と合算できる → 28,000円 
	E薬局(D内科が処方)	自己(窓口)負担額 8,000円	
	53,000円+28,000円=81,000円のうち 自己負担限度額を超えた分が、あとで払い戻されます		

# 高額療養費 支給申請書の記載について

**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**

※給付金のお支払いは、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。

記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
被保険者証		1. 昭和 2. 平成 3. 令和
氏名 (カタカナ)	姓と名の順を1マスずつ記入ください。姓は「」, 名は「」で1字として記入ください。	
氏名	<small>※申請書をお読みされている(いた) 被扶養者です。被扶養者がおおくのなつていいる場合は、被扶養者よりご記入ください。</small>	
郵便番号 (イイフツン除く)	電話番号 (左づめのハフツン除く)	
住所	都 道 府 県	

1ページ

記入先決定口座は、上記申請書氏名と同じ口座をご指定ください。 金融機関名称 <input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 信用金庫 <input type="checkbox"/> 信用組合 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 協同組合 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 支店名 <input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 代理店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本庁舎 <input type="checkbox"/> 支所	預金種別 <input checked="" type="checkbox"/> 普通預金 <input type="checkbox"/> 口座番号 (左づめ)
--	---

ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、支店名は3桁の漢数字、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)はお振込できません。

**2ページ目へ続きます。>>>**

被扶養者の記号番号が不明の場合は、被扶養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。)

社会保険労務士の提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

M/N確認 (捺印欄) <input type="checkbox"/>	1. 記入 (捺印時) 2. 記入 (捺印時) 3. 記入 (捺印時)	発行日印
添付書類 所帯証明 <input type="checkbox"/>	1. 納付 2. 不納	戸籍 (捺印欄) <input type="checkbox"/>
		1. 納付 2. 不納
6 4 1 1 1 1 0 1	その他 <input type="checkbox"/>	1. 納付 2. 不納
		枚数

**全国健康保険協会** 協会けんぽ (2022.12) 1 / 2

**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**

※給付金のお支払いは、診療月後3か月以上かかります。

医療機関等から請求へ送られた診療報酬明細書(レセプト)により確認された、本申請の支給対象となる診療等の自己負担額を全て合計して、支給額を算出します。

被扶養者氏名		
① 診療年月	令和 年 月 日	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記欄までご記入ください。
受診者氏名		
② 受診者生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和	1. 昭和 2. 平成 3. 令和
③ 医療機関(基功)の名称		
④ 医療機関(基功)の所在地		
⑤ 病名・ケガの別	1. 傷病 2. ケガ	1. 傷病 2. ケガ
⑥ 受けた期間	年 月 日	年 月 日
⑦ 支払額 (右づめ)	円	円

2ページ

① 診療年月は前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、① 診療年月以外の最近3か月分の診療年月をご記入ください。

② 診療年月  1. 令和  2. 平成  3. 昭和

③ 実質税率  被扶養者が被扶養である等、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)は、左記に☑を入れてください。

④ 詳細説明: このほか又は、高額療養費算出のため、マイナンバーを別記した捺印欄を記入します。以下に当てはまる場合は、左記に☑を入れてください。  
診療費が1月～7月の場合: 前年1月1日現在の被扶養者の世帯別所得の納付書  
診療費が8月～12月の場合: 前年10月1日現在の被扶養者の世帯別所得の納付書  
詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。

① 被扶養者  氏名  氏名

② 特設しない  マイナンバーを利用した所得区分を確認しない場合は、左記に☑を入れてください。  
確認しない場合は、所得区分明書等の必要な証明書を添付してください。

6 4 1 2 1 1 0 1

**全国健康保険協会** 協会けんぽ (2022.12) 2 / 2

# 高額療養費 支給申請書の記載について

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



医療機関  
および添

### 被保険者証の記号・番号

超過し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

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日								
		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.昭和 2.平成 3.令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	<input type="text"/>	日	
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>										
	氏名								※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。			
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>								
住所	都 道 府 県											



# 高額療養費 支給申請書の記載について

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**

※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。

生年月日

被保険者(申請者)情報	被保険者証	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
	氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。		
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所	都 道 府 県		

# 高額療養費 支給申請書の記載について

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



※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(申請者)情報	被保険者(申請者)の氏名(カタカナ) (左づめ)	生年月日
	<input type="text"/>	1.昭和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日 3.令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>
	氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。
	郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)
住所	都 道 府 県	

氏名・カタカナ

# 高額療養費 支給申請書の記載について

健康保険 被保険者  
被扶養者  
世帯合算

1
2

ページ



## 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(申請者)情報	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日		
	被保険者証	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和	<input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 年 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 月 <input style="width: 30px; height: 20px;" type="text"/> 日
	氏名 (カタカナ)	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>			
	氏名	姓と名 <div style="border: 1px solid green; border-radius: 15px; padding: 5px; display: inline-block; margin: 5px;">                     郵便番号、住所、電話番号                 </div>			
	郵便番号 (ハイフン除く)	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input style="width: 100%; height: 100%;" type="text"/>	
住所	都 道 府 県				

※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ゆうちょ銀行の口座は振込できません。

## 申請者名義の口座情報

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。)

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	添付書類	所得証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付
		6 4 1 1 1 1 0 1	その他	<input type="checkbox"/>	1. その他	(理由)	枚数	<input type="text"/> <input type="text"/>				

受付日付印

(2022.12)

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ( )	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="text" value="1"/> 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

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。)

社会保険労務士の 提出代行者名記入欄	マイナンバー ※
-----------------------	----------

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)	添付書類 所得証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>	1. 添付	口座証明	<input type="checkbox"/>	1. 添付	受付日付印          (2022.12)
		その他	<input type="checkbox"/>	1. その他	(理由)	枚数	<input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/>					
		<input type="text" value="6"/> <input type="text" value="4"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="1"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="1"/>										

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

振込先指定口座	金融機関名称	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協 <input type="radio"/> その他 (            )	支店名	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 代理店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本店営業部 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
	預金種別	<input type="text" value="1"/> 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。  
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

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。)

社会保険労務士の  
提出代行者名記入欄

全国健康保険協会の使用欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)
添付書類	所得証明	<input type="checkbox"/> 1. 添付 <input type="checkbox"/> 2. 不備
	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/>
	その他	<input type="checkbox"/> 1. その他 (理由)

6 4 1 1 1 1 0 1

受付日付印

(2022.12)



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。

# 2 ページ目

被保険者氏名

医療機関等から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。

## 被保険者氏名

高額療養費は月単位でご申請ください。  
左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。

申請内容	受診者氏名			
	② 受診者生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
	医療機関(薬局)の名称			
	③ 医療機関(薬局)の所在地			
	④ 病気・ケガの別	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ
	⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	









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。

被保険者氏名

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。

申請内容	① 診療年月	令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月		→	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。		
	受診者氏名	<b>被保険者</b>		<b>被扶養者</b>			
	② 受診者生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日			
	医療機関(薬局)の名称	○△病院		□□診療所			
	③ 医療機関(薬局)の所在地						
	④ 病気・ケガの別	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ			
⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> <input type="text"/> 日から <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日から <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日から <input type="text"/> <input type="text"/> 日				
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		





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。

被保険者氏名

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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	→	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。
受診者氏名	<input type="text"/>		<input type="text"/>
② 受診者生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
申請内容	③ 医療機関(薬局)の名称		
	医療機関(薬局)の所在地		
④ 病気・ケガの別	<input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ		<input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ
⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> <input type="text"/> 日から <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> <input type="text"/> 日から <input type="text"/> <input type="text"/> 日
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円

医療機関等の名称、所在地

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。

被保険者氏名

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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	➔	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。		
申請内容	受診者氏名					
	② 受診者生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
	医療機関(薬局)の名称					
	③ 医療機関(薬局)の所在地					
	④ 病気・ケガの別	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ		
	⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円	

病気またはケガの別



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。

被保険者氏名

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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	➔	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。
受診者氏名	<input type="text"/>		<input type="text"/>
② 受診者生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
医療機関(薬局)の名称	<input type="text"/>		<input type="text"/>
③ 医療機関(薬局)の所在地	<input type="text"/>		<input type="text"/>
④ 病気・ケガの別	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ		<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ
⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円

療養を受けた期間



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。

被保険者氏名

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 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	➔	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。
受診者氏名	<input type="text"/>		<input type="text"/>
② 受診者生年月日	<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> 1. 昭和 <input type="text"/> 2. 平成 <input type="text"/> 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日
医療機関(薬局)の名称	<input type="text"/>		<input type="text"/>
③ 医療機関(薬局)の所在地	<input type="text"/>		<input type="text"/>
④ 病気・ケガの別	<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ		<input type="text"/> 1. 病気 <input type="text"/> 2. ケガ
⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> <input type="text"/> 日から <input type="text"/> <input type="text"/> 日		<input type="text"/> <input type="text"/> 日から <input type="text"/> <input type="text"/> 日
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円

支払った金額

直近1年間のなかで高額医療に該当する月（3ヵ月以上ある場合）

「①診療年月」以前1年間に、高額療養費に該当する日が3ヵ月以上ある場合、「①診療年月」以外の直近3ヵ月分の診療年月をご記入ください。

⑦ 診療年月

1	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	2	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	3	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
---	----	----------------------	---	----------------------	---	---	----	----------------------	---	----------------------	---	---	----	----------------------	---	----------------------	---

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。

「⑧非課税等」に☑された方は、高額療養費算出のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。  
 診療月が1月～7月の場合：前年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号  
 診療月が8月～12月の場合：本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号  
 詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。

⑨ 被保険者郵便番号 (ハイフン除く)

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、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。

6 4 1 2 1 1 0 1

「①診療年月」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、「①診療年月」以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。

⑦ 診療年月  令和  年  月  年  月

低所得者である場合

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。

「⑧非課税等」に☑された方は、高額療養費算出のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。  
診療月が1月～7月の場合：前年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号  
診療月が8月～12月の場合：本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号  
詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。

⑨ 被保険者郵便番号 (ハイフン除く)

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、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。

6 4 1 2 1 1 0 1

「①診療年月」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、「①診療年月」以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。

⑦ 診療年月	1	令和			年			月	2	令和			年			月	3	令和			年			月
--------	---	----	--	--	---	--	--	---	---	----	--	--	---	--	--	---	---	----	--	--	---	--	--	---

情報照会	⑧ 非課税等	<input checked="" type="checkbox"/>	被保険者が非課税
	「⑧非課税等」に☑された方は、高額療養費算出の際、診療月が1月～7月の場合：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、診療月が8月～12月の場合：本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号を、詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。		
	被保険者 ⑨ 郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/>	
⑩ 希望しない	<input type="checkbox"/>	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、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。	

**マイナンバーを利用し情報照会をおこないます**

6	4	1	2	1	1	0	1
---	---	---	---	---	---	---	---

「①診療年月」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、「①診療年月」以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。

⑦ 診療年月

1	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	2	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月	3	令和	<input type="text"/>	年	<input type="text"/>	月
---	----	----------------------	---	----------------------	---	---	----	----------------------	---	----------------------	---	---	----	----------------------	---	----------------------	---

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。

「⑧非課税等」に☑された方は、高額療養費算出のため、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。

診療月が1月～7月の場合：前年度1月1日時点の住所(世帯主の住所)を  
 診療月が8月～12月の場合：本年度8月1日時点の住所(世帯主の住所)を  
 詳しくは「記入の手引き」を参照してください。

⑨ 被保険者郵便番号 (ハイフン除く)

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、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。

**マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合**

6 4 1 2 1 1 0 1

# 保険証の正しい使い方



## 退職した場合の保険証の扱いは？

- 被保険者の方が退職された場合は、ご本人・ご家族(被扶養者)すべての保険証・高齢受給者証を回収してください。
- 被扶養者の方が就職や結婚などで扶養から外れたときは、その方の保険証・高齢受給者証を回収してください。
- 事業主の方は、保険証等をすみやかに回収の上、資格喪失届・被扶養者異動届に添付して事務センター(管轄の年金事務所)へ提出してください。(※提出時に添付できない場合、健康保険被保険者証回収不能届を添付して提出してください)
- 資格喪失届・被扶養者異動届に添付できなかった保険証等は、確実に回収の上、事務センター(管轄の年金事務所)または協会けんぽへ速やかに返却してください。

## 退職後のよくある誤解

- ~~新しい保険証が届くまでの間は使えるだろう~~
- ~~月の途中の退職だから月末までは使えるだろう~~
- ~~会社から何も言われていないので使えるだろう~~



**いずれの場合も  
保険証は使用できません**

保険証は速やかに回収・返却してください





## 仕事の原因で病気やケガをした場合は？

- 業務災害や通勤途上の災害が原因の病気やケガについては、原則として労災保険の適用となり、健康保険は使用できません。

※ただし、被保険者が5人未満の法人役員であって、一般従業員が従事する業務と同一である業務を遂行している場合、その業務に起因する病気・負傷などは、健康保険の給付の対象となります。

- 業務災害や通勤途上の災害が原因の病気やケガが発生した場合は、必ず管轄の労働基準監督署にご相談ください。



## 交通事故等でケガをした場合はどうなるの？

- 交通事故等、第三者の行為が原因でケガをした場合でも、工作中(業務災害)や通勤途中の事故が原因でなければ、健康保険で診療を受けることができます。ただし、この場合には「第三者行為による傷病届」などの提出が必要となります。
- 交通事故以外でも、暴力行為でケガをした、他人の飼い犬にかまれたなど場合も同様です。
- 提出書類は、以下のとおりです。

- ① 第三者行為による傷病届
- ② 負傷原因報告書(負傷原因届)
- ③ 事故発生状況報告書
- ④ 同意書
- ⑤ 損害賠償金納付確約書・念書 など、協会けんぽホームページをご覧ください
- ⑥ 自動車安全運転センター発行の交通事故証明書(交通事故の場合)

※物損事故等の場合は、「人身事故証明書入手不能理由書」も必要となります。



## 交通事故等でケガをした場合はどうなるの？

- 協会けんぽ(健康保険)は、本来、相手方(加害者)が支払うべき治療費を一時的に立て替えて支払い、その後相手方(加害者)に損害賠償請求することになります。そのため、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。従業員の方への周知にご協力ください。

