

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

医療機関に支払った1か月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。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は、被保険者ご自身でご記入ください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類(※1)をご用意ください。(コピーと指定していないものは原本が必要です。)

■自己負担限度額の所得区分が低所得になる方	■低所得者 (70歳未満) (※3)	●被保険者の(非)課税証明書(マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合のみ提出が必要です) (※2) 療養を受けた期間により、提出する(非)課税証明書の年度が異なります。 ・令和4年8月診療分～令和5年7月診療分: 令和4年度(令和3年中の収入)の(非)課税証明書 ・令和5年8月診療分～令和6年7月診療分: 令和5年度(令和4年中の収入)の(非)課税証明書
	■低所得者II (70歳以上) (※3)	
	■低所得者I (70歳以上) (※3)	●被保険者および被扶養者全員の(非)課税証明書(マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合のみ提出が必要です) (※2) 療養を受けた期間により、提出する(非)課税証明書の年度が異なります。 ・令和4年8月診療分～令和5年7月診療分: 令和4年度(令和3年中の収入)の(非)課税証明書 ・令和5年8月診療分～令和6年7月診療分: 令和5年度(令和4年中の収入)の(非)課税証明書
	■「限度額適用・標準負担額減額認定」の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方	●「限度額適用・標準負担額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」

▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。

■公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が減額されている方	●助成を受けた診療についての医療機関からの領収書のコピー
■被保険者が亡くなれば、相続人が請求する場合	●被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等

※1) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。

※2) マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、協会けんぽがマイナンバーを未収録である場合や、照会の結果、情報を取得できない場合は、(非)課税証明書の提出が必要になる場合があります。

※3) 詳細は、4ページの「4 低所得者について」をご覧ください。

次ページに記入例があります。➔

ご提出・お問い合わせ先

被保険者証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます。)

*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽのホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

記入例 高額療養費 支給申請書

- 申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0123456789アイウ
- 生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスで0で埋めてください。
- 訂正される場合は、訂正箇所を二重線で抹消して、正しい内容をご記入ください。

1 被保険者証に記載されている記号と番号をご記入ください。
※枝番は記入不要です。



2 被保険者の生年月日をご記入ください。

3 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名をご記入ください。

被保険者の氏名(カタカナ)もご記入ください。なお、被保険者の氏名(カタカナ)は、振込手続き時に使用します。

被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名と氏名(カタカナ)をご記入ください。(住所も同様です。)

被保険者 健康保険 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。

	記号(左づめ) 1	番号(左づめ)	生年月日 2
被保険者証	21700023	21	1 1月 2 2月 3 3月 61 10月 01 11月 22 12月
氏名(カタカナ) 3	キョウカイ タロウ		
氏名	協会 太郎		
郵便番号(ハイフン除く)	1050000	電話番号(左づめハイフン除く)	090XXXXXX
住所	東京 港区 1-1 △△マンション101		

4 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。

金融機関名称	〇〇〇〇	支店名	〇〇〇〇
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	1234567

5 2ページ目に続きます。 >>>

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)	協会使用欄は記入不要です。			受付日印
添付書類	所得証明	法定代理	口座証明	理由
6	4	1	1	1
0	1	0	1	0

全国健康保険協会 協会けんぽ

4 被保険者(申請者)名義の口座情報をご記入ください。
ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・口座番号をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	二三八
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	1234567

5 被保険者のマイナンバーは、被保険者証の記号と番号が不明の場合のみご記入ください。なお、被保険者のマイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です(※1)。本人確認書類貼付台紙(※2)に、⑦①の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。

- ⑦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
- ① 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書

(※1) 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。
(※2) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

6 高額療養費の申請は、ひと月(1日から末日)単位でご記入ください。月をまたいだ申請や複数月を記入しての申請はできません。

7 受診者ごとに、医療機関、薬局別にご記入ください。なお、医療機関を4か所以上受診されている場合、続紙として白紙の高額療養費支給申請用紙(2ページ目)をご用意いただき、ご記入ください。なお、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。(支給決定後に合算対象となる診療報酬明細書(レセプト)が確認できた場合は、追加で支給いたします。)

8 医療機関等で支払った額のうち保険診療分の金額(差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額)をご記入ください。

9 裏面「**4** 低所得者について」をご確認のうえ、いずれかに該当する場合は、を入れてください。

10 「非課税等」にをした場合、マイナンバーを利用した情報照会を行いますので、郵便番号をご記入ください。診療年月によってご記入いただく郵便番号が異なる場合があります。(マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合、記入は不要です。)
 (例) 令和4年8月～令和5年7月診療分: 令和4年1月1日時点の住民票住所の郵便番号
 令和5年8月～令和6年7月診療分: 令和5年1月1日時点の住民票住所の郵便番号

11 裏面「**4** 低所得者について」のいずれかに該当し、マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、を入れ、非課税証明書類を添付してください。診療年月によって添付していただく非課税証明書の年度が異なります。
 (例) ・令和4年8月診療分～令和5年7月診療分: 令和4年度(令和3年中の収入)の(非)課税証明書
 ・令和5年8月診療分～令和6年7月診療分: 令和5年度(令和4年中の収入)の(非)課税証明書
 なお、他の申請において、(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて添付いただく必要はありません。

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。

被保険者氏名 **協会 太郎**

医療機関等から **6** 求め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。

○診療年月 令和 **05** 年 **01** 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。

7 受診者氏名	協会 太郎	協会 太郎	協会 花子
○受診者生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 61年01月22日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 61年01月22日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 62年02月20日
○医療機関(薬局)の名称	〇〇病院	△△薬局	□□病院
○医療機関(薬局)の所在地	東京都新宿区四ツ谷〇〇	東京都新宿区四ツ谷△△	東京都新宿区□□
○病名・ケガの別	1. 病名 2. ケガ 1	1. 病名 2. ケガ 1	1. 病名 2. ケガ 1
○療養を受けた期間	01日 から 01日	01日 から 01日	21日 から 21日
8	60000円	33000円	35000円

○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、「○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。

○診療年月 1 令和 **04** 年 **05** 月 2 令和 **04** 年 **08** 月 3 令和 **04** 年 **11** 月

9 ○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。

○非課税等にご記入の方は、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。
 ○非課税等にご記入の方は、前年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号
 ○非課税等にご記入の方は、本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号
 誤りなくご記入ください。

10 被保険者(マイナンバー) 1050000

11 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証明書類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 2/2

高額療養費の支給要件等

詳細やご不明な点は、協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせいただくか、協会けんぽホームページをご覧ください。

1 支給を受ける条件

同一月(1日から末日まで)に医療機関等の窓口で支払った **2 高額療養費の対象となる自己負担額** の世帯(被保険者とその被扶養者)での合計が **3 自己負担限度額** を超えた場合に、超えた額が高額療養費として支給されます。

自己負担額		計算対象外	
自己負担限度額	高額療養費	協会けんぽが負担する額	差額ベッド代、食事代等 (保険適用外の負担額)
医療費			

2 高額療養費の対象となる自己負担額

- 70歳未満の方が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を次の①～⑦の項目ごとに区分した結果、1つの区分で、21,000円以上のもの

①受診月ごと ②受診者ごと ③医療機関ごと ④医科と⑤歯科の別ごと
⑥入院と⑦外来の別ごと(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます)

- 70歳～74歳の方が支払った自己負担額

3 自己負担限度額

年齢と所得区分により自己負担限度額が異なります。

詳細は、協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせいただくか、協会けんぽのホームページをご覧ください。

4 低所得者について

下記のいずれかに該当する場合は低所得者となり、自己負担限度額が軽減されます。

①低所得者(70歳未満) ^(※1)	・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者
②低所得者Ⅱ(70歳以上) ^(※2)	・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者
③低所得者Ⅰ(70歳以上) ^(※2)	・被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅰの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者

(※1) 標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用にはなりません。

(※2) 標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は低所得者の適用とはなりません。

申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時効になります。高額療養費の消滅時効の起算日は、診療月の翌月1日です。