

高額療養費 不備の多い点をまとめました

1 2 ページ **高**

被保険者 健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書 世帯合算
※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、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)					
	氏名・印 (フリガナ)					
住所	〒		都 道 府 県			
電話番号 (日中の連絡先) ※ハイフン除く	TEL					

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 ()	本店 支店 代理店 出所所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 3. 別段 <input type="checkbox"/> 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	マカタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半角点(´)は1字としてご記入ください。)	口座名義 の区分 <input type="checkbox"/> 1. 被保険者 2. 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	本申請に基づく給付金に関する受権を下記の代理人に委任します。	年 月 日
	氏名・印		
	住所	「被保険者情報」の住所と同じ	
代理人 (口座名義人)	〒	TEL(ハイフン除く)	被保険者 との関係
住所			
氏名・印			

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び付付台紙の裏面に必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄
様式番号 協会使用欄

6 4 1 1 6 6 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

1/2

制度の概要は[こちら](#)
申請書のダウンロードは[こちら](#)

振込先指定口座欄の不備

- ①振込先指定口座欄の記入漏れ(申請の都度記入が必要です。)
- ②存在しない金融機関名もしくは店名の記入
- ③ゆうちょ銀行の店名記入誤り(ゆうちょ銀行の場合、漢数字3桁の店名になります。例:ハニハ支店など。通帳に記載がありますのでご確認ください。)

受取代理人欄の不備

振込先指定口座欄に本人以外の口座を記入された場合、受取代理人の欄を記入する必要があります。記入漏れにご注意ください。

マイナンバーの記載

マイナンバーを記載された場合、添付書類が必須となります。詳細は[こちら](#)

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名

① 診療月	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日			[診療月が複数ある場合は、診療月(1ヵ月)ごとに申請書が必要です。]
② 受診者	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.家族(被扶養者)	
	氏名 家族の場合は その方の 生年月日	<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 1.昭和 <input type="checkbox"/> 2.平成 <input type="checkbox"/> 3.令和 年 月 日
③ 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称 所在地			
④ 病気・ケガ の別	<input type="checkbox"/> 1.病気(異常分限含む) <input type="checkbox"/> 2.ケガ(具備)	<input type="checkbox"/> 1.病気(異常分限含む) <input type="checkbox"/> 2.ケガ(具備)	<input type="checkbox"/> 1.病気(異常分限含む) <input type="checkbox"/> 2.ケガ(具備)	
療養を受けた期間	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 <input type="checkbox"/> 2.令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	
入院滞院の別	<input type="checkbox"/> 1.入院 <input type="checkbox"/> 2.滞院・その他	<input type="checkbox"/> 1.入院 <input type="checkbox"/> 2.滞院・その他	<input type="checkbox"/> 1.入院 <input type="checkbox"/> 2.滞院・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)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	
自己負担額が不明の場合は 支払った総額	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	
⑥ 他の公的制度から、医療費の 助成を受けていますか	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ	<input type="checkbox"/> 1.はい <input type="checkbox"/> 2.いいえ	
はいの場合	助成を受けた 制度の名称 自己負担分の 助成の内容			
⑦ 療養費適用認定証(療費適用・標準負担額減額認定証)使用の有無	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	<input type="checkbox"/> 1.有 <input type="checkbox"/> 2.無	

①の診療月以前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 1.平成 年 月 日 2 1.平成 年 月 日 3 1.平成 年 月 日 2.令和 年 月 日

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には、この欄に市区町村長より証明を受けるが、「(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。

市区町村長が証明する欄

当該被保険者は 1.平成 年 月 日 年度の 市区町村長名

市区町村民税が課されないことを証明する。

印

様式番号

6 4 1 2 6 5

診療月欄・受診者・療養を受けた医療機関・薬局の名称の不備
未記入の場合、返戻となります。

病気・ケガの別
ケガの場合「負傷原因届」の提出が必要となります。添付がない場合、返戻となります。負傷原因届は [こちら](#)

※一部自己負担ありの場合、預取書の添付が必要になります。

<添付書類>添付がない場合、書類を返戻いたします。

- 所得区分が低所得者となる方
※マイナンバーに関する添付書類をご用意いただいた場合は不要です。
- 被保険者の住民税の(非)課税証明書
申請書の証明欄に市区町村長の証明を受けた場合は不要
例 令和元年8月~令和2年7月診療分→令和元年度(平成30年度中収入)の証明書
令和2年8月~令和3年8月診療分→令和2年度(令和元年中収入)の証明書
- 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
→医療機関の領収書(写)
- 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合
→被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等(原本)
- 療養が負傷による場合→「[負傷原因届](#)」
- 療養が第三者による場合→「[第三者行為による傷病届](#)」