



高額療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』44ページ参照

同一の月に医療機関等で支払った一部負担(自己負担)額が高額になり、自己負担限度額を超えたときは、その超えた分が「高額療養費」として払い戻されます。

記載例

1 高額療養費支給申請書

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

1 ページ 2 ページ 被保険者記入用 高

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 1 2 3 4 5 6 7 8 9 ア イ ウ

被保険者証の 記号	2 1 7 0 0 0 2 3	番号	1	生年月日	1 年 6 月 1 0 日
氏名	協会 太郎				
住所	〒 1 0 5 0 0 0 0 東京 港区 〇〇 1-1 △△マンション101				
金融機関 名称	銀行 〇〇〇〇 〇〇〇〇 (本店) 〇〇〇〇 (支店)				
預金種別	1 1. 普通 3. 別段	口座番号	1 2 3 4 5 6 7		
口座名義	キョウカイ タロウ				

「2」の場合は必ず記入してください。

被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	1. 平成 2. 令和
代理人 (口座名義人)	住所 「被保険者情報」の住所と同じ	被保険者との関係

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

6 4 1 1 6 6

1

全国健康保険協会 協会けんぽ

1/2

記号・番号は、保険証に記載されています。

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

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をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

保険証の記号・番号を記入した場合は記入不要です。

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)・預金種別・7桁の口座番号を記入してください。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入(住所・氏名)が必要です。

金融機関 名称	ゆうちょ	〇〇〇〇 (支店)
預金種別	1 1. 普通 3. 別段	口座番号 1 2 3 4 5 6 7
口座名義	キョウカイ バナコ	

あらかじめ医療費が高額になるとわかっている場合は「限度額適用認定証」あらかじめ申請して交付された「限度額適用認定証」(P.9参照)を保険証と併せて医療機関等の窓口で提示すると、同一月において一医療機関ごとの窓口での1か月の自己負担の支払いが自己負担限度額までとなり、高額療養費を申請する手間が省けます。

高額療養費支給申請書

健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書

被保険者氏名 協会 太郎

1 2 ページ

被保険者記入用

1 診療月 2 1.平成 2.令和 0 3 0 4

2 受診者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 協会 花子

3 医療を受けた医療機関・薬局の名称 所在地 △△総合病院 ◇◇薬局 ○○総合病院

4 病気・ケガの別 1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷) 1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷) 1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)

5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) 自己負担額が不明の場合は支払った総額 2 1 0 0 0 円 2 7 8 0 0 円 2 1 1 1 1 円

6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか はいの場合 1. 国 2. 都道府県 3. 市区町村 4. その他 2 1 1 1 1 円

7 高額療養費適用認定(限度額適用・標準負担額減額認定)使用の有無 2 1 有 2. 無 2 1 有 2. 無 2 1 有 2. 無

8 診療月 1 2 1.平成 2.令和 0 2 0 8 2 1.平成 2.令和 0 2 1 1 3 1.平成 2.令和 0 2 1 2

市区町村長が証明する欄 市区町村長が証明する欄 市区町村長が証明する欄

6 4 1 2 6 5

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 2

高額療養費の申請について、月(1日から末日)を単位にご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。申請書は月ごとに一部ずつ作成してください。

受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。受診者をご家族(被扶養者)の場合は、氏名と生年月日の記入が必要です。

ケガ(負傷)の場合は、「負傷原因届」(P.8参照)を併せて提出してください。なお、負傷原因が、第三者によるもの場合、「第三者等の行為による傷病(事故)届」(P.7参照)も提出が必要になります。詳しくは協会けんぽ都道府県支部にお問い合わせください。

他の公的制度とは、国や自治体が行う制度を指します。

都道府県や市区町村から医療費の助成を受けられているかどうか必ずご記入ください。受けている場合、制度名称と自己負担の有無をご記入ください。「一部自己負担あり」の場合は領収書のコピーが必要となります。

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。保険診療分の金額が明確でないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段にご記入ください。

チェックリスト

●申請時期 診療月の翌月1日から2年以内

●添付書類チェックリスト

- 低所得者

被保険者の非課税証明書(下記の例)の原本(申請書の証明欄に市区町村の証明を受けた場合は不要)または、マイナンバーによる課税情報等の確認申出書+本人確認書類

審査に必要な非課税証明書の対象年度は、毎年8月に切り替わります。

例1. 診療月が令和3年8月~令和4年7月は、令和3年度の非課税証明書

例2. 診療月が令和4年8月~令和5年7月は、令和4年度の非課税証明書
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合
 - 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)
- 他の公的制度から医療費の助成を受けている場合
 - 領収書のコピー

2 高額介護合算療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

支給申請の手順

介護保険者(市区町村)に介護保険自己負担額証明書の交付を申請し、交付された自己負担額証明書を添付の上、申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者に申請します。

高額介護合算療養費の支給申請を行う場合(計算期間の末日に協会けんぽに加入しており支給申請する場合)は①にチェック☑してください。自己負担額証明書の交付申請を行う場合は②にチェック☑してください。

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を書い

計算期間→令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

「対象となる計算期間」内の医療保険、介護保険の加入履歴をご記入ください。

申請者およびその被扶養者の協会けんぽ加入期間における受診歴(受診した年月)をご記入ください。

マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書および(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください(記入した場合は添付書類が必要です)。

高額療養費支給申請書

介護合算算定基準額

●70歳未満の方

被保険者の所得区分		基準額
標準報酬月額	83万円以上	212万円
	53万～79万円	141万円
	28万～50万円	67万円
	26万円以下	60万円
才	低所得者(住民税非課税)	34万円

●70歳から75歳未満の方

被保険者の所得区分		基準額
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(現役並みⅢ)	212万円
	53万～79万円で高齢受給者証の負担割合が3割(現役並みⅡ)	141万円
	28万～50万円で高齢受給者証の負担割合が3割(現役並みⅠ)	67万円
	26万円以下(一般所得者)	56万円
非住民税	低所得者Ⅱ	31万円
	低所得者Ⅰ	19万円

☑ チェックリスト

●申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなられた場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)。

●添付書類チェックリスト

- 自己負担額証明書
介護保険者(市区町村)および協会けんぽ以外の保険者(該当する場合)から交付された自己負担額証明書
- 非課税証明書等(該当する場合)
申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当
例えば、令和3年8月～令和4年7月の申請は、令和3年度非課税証明書の添付が必要

〈マイナンバーを記入された場合〉

- 本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書+本人確認書類

3 年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

支給申請の手順 申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者に申請します。

年間の高額療養費の支給申請のみを行う場合は①にチェック☑してください。
自己負担額証明書の交付申請を行う場合、②の□にチェック☑してください。

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を書いてください。

計算期間→令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

「対象となる計算期間」内の医療保険の加入履歴をご記入ください。

年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。

申請区分 ①年間の高額療養費の支給 ②自己負担額証明書の交付	申請対象年度 平成 令和 2年度	対象となる計算期間 2年 8月 1日 ~ 3年 7月 31日	枚目 1 / 1
申請者 フリガナ: 協会 太郎 申請者氏名: 協会 太郎 申請者住所: 〒000-0000 〇〇市〇〇区〇〇-1-1 △△マンション101 生年月日: 昭和・平成・令和 61年 10月 22日 性別: 男 被保険者証の記号・番号: 201700023 - 1 電話: 000-000-000	保険者 1: 〇〇健康保険組合 2: 全国健康保険協会 3: 〇〇支店	加入期間 2年 8月 1日 から 3年 7月 31日 まで 3年 2月 1日 から 3年 7月 31日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで	添付の自己負担額証明書管理番号 添付省略
被扶養者に係る記入欄 フリガナ: 協会 三郎 被扶養者氏名: 協会 三郎 生年月日: 昭和・平成・令和 〇〇年 5月 15日 性別: 男	保険者 1: 〇〇健康保険組合 2: 全国健康保険協会 3: 〇〇支店	加入期間 2年 8月 1日 から 3年 7月 31日 まで 3年 2月 1日 から 3年 7月 31日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで	添付の自己負担額証明書管理番号 添付なし
備考 被扶養者のマイナンバー記載欄 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	受取代理人の欄 住所: (フリガナ) _____ 代理人の氏名: _____ 氏名: _____ 責任者と代理人との関係: _____ 代理人の住所 〒 - 電話 ()	本申請に基づき給付金に関する受取を代理人に委託します。 令和 年 月 日	
届出先口座 金融機関: 〇〇銀行 〇〇支店 口座番号: 99999999999999999999	フリガナ: 協会 太郎	口座番号: 99999999999999999999	フリガナ: 協会 太郎
社会保険労務士の提出代行者印 (02.10)	申請年月日: 令和 年 月 日	交付年月日: _____	

マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書および(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください(記入した場合は添付書類が必要です)。

口座情報は申請区分にかかわらず必ずご記入ください。

チェックリスト

● 申請時期

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなられた場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)。

● 添付書類チェックリスト

- 自己負担額証明書(該当する場合)
計算対象期間(前年8月~7月)の間で、加入している医療保険に変更があった場合に該当申請書を提出する協会けんぽ都道府県支部以外の保険者(国保、組合)から交付された自己負担額証明書
- 非課税証明書(該当する場合)
申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当
例えば、令和3年8月~令和4年7月の申請は、令和3年度非課税証明書の添付が必要

〈マイナンバーを記入された場合〉

- 本人確認書類貼付台紙 マイナンバーによる課税情報等の確認申出書+本人確認書類