



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。

1 高額療養費支給申請書

資格情報のお知らせ等に記載されている記号と番号をご記入ください。

※記号・番号が不明な場合は
P.31参照。

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。

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、通帳見開き部分に記載されている振込用の口座番号等(漢数字3文字の店名・7桁の口座番号)をご記入ください。

本表は「郵便物送付書」の「郵便物の送付先」欄に記入する。	
金融機関名 ゆうちょ	支店名 二三八
預金種別 1 普通預金	□口座番号 1234567

マイナ保険証等で受診し、オンライン資格確認により自己負担限度額までの支払いになっている方や、限度額適用認定証の利用により自己負担限度額までの支払いとなっている方は、高額療養費の申請が不要となります。

複数の医療機関等を受診し、それぞれの自己負担額を合算することで自己負担限度額を超える場合は、高額療養費を申請することで、自己負担限度額を超えた金額が払い戻されます。

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 ∞

被印喚者氏名 協会 太郎

両地味陳腐から混合へばりのあった般陳腐(しセプト)により確認させた。本陳腐の支給(食費)対象となる般陳腐の自己負担額を全て合算して、支給額を算出します。

① 郵便番号 4桁 07 年 01 月 高野聖賢堂は〒522-2201で申請ください。
 加配年月に誤差を認めたものについて、下記漢字でも記入可です。

姓 氏 名	協会 太郎	協会 太郎	協会 花子
② 受取者 生年月日	2 1. 4桁 2. 4桁 01 05 月 10 日	2 1. 4桁 2. 4桁 01 05 月 10 日	1 1. 4桁 2. 4桁 62 02 月 20 日
③ 郵便機関 (漢字)の 名称	〇〇病院	△△薬局	□□病院
④ 配達地域 (漢字)の 指定	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 □□
⑤ 宛先 ケガレ の別	1 1. 4桁 2. ケガレ 01 日 から 01 日	1 1. 4桁 2. ケガレ 01 日 から 01 日	1 1. 4桁 2. ケガレ 21 日 から 21 日
⑥ 支払額 の別	1 1. 4桁 2. ケガレ 100000 円	1 1. 4桁 2. ケガレ 5000 円	1 1. 4桁 2. ケガレ 50000 円

①前年度1月1日以前に、高所得者税に該当する月が3か月以上ある場合、①前年度1月1日以外の前述3か月分の前年度月を記入してください。

日期: 1 06 05 2 06 08 3 06 11 月

④ 本欄の等 ☒ 被保険者が健康状態である等、自己負担限度額の所得区分が「国等」となる場合（記入の手引き）(事例)には、左記に「加入してください。ただし、世帯主であっても、「国等」にならない場合は（記入の手引き）(事例)は、」を不要です。

④本試験時)に、ご記入の方は、高齢者福祉委員のための、マイナンバーを利用した抽選割合を行いますので、以下に規定の事項を記載し、ご記入ください。
 応募月が1月～7月の場合：前年1月1日現在の被保険者の任意期間3月の保険番号
 応募月が8月～12月の場合：本年1月1日現在の被保険者の任意期間3月の保険番号
 ⑤しくは「記入(不適用)」をご記入ください。

1050000

マイナンバーを利用した情報提供を希望しない場合は、左記に「-」を入れてください。

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

 全国健康保险协会
总会秘书处

2 / 2

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。

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。

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・薬局に分けて
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)

「非課税等」に☑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6年8月～令和7年7月診療分：
令和6年1月1日時点の住民票住所の
郵便番号
- ・令和7年8月～令和8年7月診療分：
令和7年1月1日時点の住民票住所の
郵便番号

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

- 〈マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合〉
- ☐ 不要 (※)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となる場合があります。

- ☐ 低所得者 ☐ 〈マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合〉
☐ 被保険者の非課税証明書（下記の例）の原本

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6年8月～令和7年7月は、令和6年度の非課税証明書
例2. 診療月が令和7年8月～令和8年7月は、令和7年度の非課税証明書

- ☐
- 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

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。

[illegible]

「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。

口座情報は申請区分にかかわらず必ずご記入ください。

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)

関係保険者に提出する場合、「計算期間の末日において加入する医療保険者の名称」の記載が必要です。

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

〈マイナンバーによる情報連携を希望しない場合〉

☐ 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

〈マイナンバーによる情報連携を希望しない場合〉

☐ 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6年8月～令和7年7月の申請は、令和6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 (本人確認書類)