

# 高額療養費支給申請書の記入のポイント

## ・申請書1ページ目

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算		1 2 ページ		高
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	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)	・被保険者(健康保険料を支払っている方)の氏名および氏名(カナ)両方ご記入ください。 ・氏名をカタカナで登録している(外国語名等)方は両方カタカナ名をご記入ください。 ※被保険者が亡くなっている場合は申請者の氏名をご記入ください。		
	氏名			
	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	郵便	府	県
振込先指定口座	振込先指定口座は、上記の口座を指定してください。	振込先指定口座は被保険者(健康保険料を支払っている方)の口座をご記入ください。		
	金融機関名称	※令和5年1月から、被保険者の口座へ振込とする仕様に変更し、受取代理人欄は削除しています。 ※被保険者が亡くなっている場合は申請者の口座をご記入ください。		
預金種別				
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				
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	戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/>	1. 添付
		2. 不備	口座証明 <input type="checkbox"/>	1. 添付
			その他 <input type="checkbox"/>	(理由) 1. その他
6 4 1 1 1 1 0 1		枚数		<input type="text"/>
全国健康保険協会 協会けんぽ				受付日付印
				(2022.12)
				1/2

・申請書2ページ目

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"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		対象年月は <b>必ず</b> ご記入ください。 <small>ください。</small>
	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="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和
	医療機関(薬局)の名称			
	医療機関(薬局)の所在地			
	③ 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
	④ 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
⑤ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	

「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。

① 診療年月	1 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	記入する場合は次のページを参考にご記入ください。	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
--------	---	--------------------------	--

償還照会	⑥ 非課税等	<input type="checkbox"/>	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 <input checked="" type="checkbox"/> を入れてください。
	<small>「⑥非課税等」にのめられた方は、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。</small>		
	⑦ 被保険者郵便番号(ハイファンクション)	<input type="text"/>	
⑧ 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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

## ～複数月まとめて提出する際の注意～

申請書は、「対象年月」ごとに申請書の用意が必要となります。  
以下のように提出があった場合はお戻しの対象となりますのでご注意ください。

### よくあるお戻しのケース

申請書2ページ目のみ複数月提出

1ページ目の内容をコピーして使いまわし※

Three application forms for high medical expenses. The first page is identical, but the second page has different dates: 1月分, 2月分, and 3月分.

Three application forms for high medical expenses. The first page is identical and labeled 'コピー' (copy). The second page has different dates: 1月分, 2月分, and 3月分.

※コピーして利用する場合は氏名横に被保険者(申請者)の認印等を押印してください。

## ～過去に複数月医療費が高額になった場合は～

高額療養費は対象年月含めた過去12か月の間に3か月以上、窓口でのお支払いが上限額以上となった場合、その上限額の基準が引き下げられます。

その場合、申請書2ページ目の診療年月を記入する必要がありますので、以下を参考にご記入ください。

### 記入例

- ① 記入必要な場合 対象年月:令和5年1月 上限額以上となった月:令和4年8月、令和4年10月、令和4年12月

○ 診療年月	1	04	08	2	04	10	3	04	12
--------	---	----	----	---	----	----	---	----	----

…すべての月が対象年月から12か月以内のため記入が必要です。

- ② 記入不要な場合 対象年月:令和5年1月 上限額以上となった月:令和4年1月、令和4年10月、令和4年12月

○ 診療年月	1	04	01	2	04	10	3	04	12
--------	---	----	----	---	----	----	---	----	----

…令和5年1月を起算とすると、令和4年2月～令和4年12月が記入対象月となり、令和4年1月は対象外のため記入不要となります。

また、12か月以内であっても以下の場合、上限額をこえた月の計算対象外となりますのでご注意ください。

- ①国民健康保険や他の健康保険組合にて加入していた期間
- ②健康保険の加入の状態が変更(被保険者→被扶養者または被扶養者→被保険者)となった際、その変更前の期間
- ③被扶養者が、別の方の被扶養者(被保険者A→被保険者Bの被扶養者)となった際、その変更前の期間