

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

| | | | | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------|-------------------------------|------|-------------------------------|---|
| 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 | 1 | |
| ※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ヶ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 | 記号(左づめ) | 番号(左づめ) | 生年月日 | | | | |
| | 記号・番号 | | | 1.昭和 | □ | □ | □ |
| | 個人番号 (マイナンバー) | | | 2.平成 | □ | □ | □ |
| | 氏名 (カタカナ) | 被保険者の氏名(カナと漢字の両方)をご記入ください。 氏名をカタカナで登録している(外国語名等)方は、両方ともカタカナ名でご記入ください。 ※ 被保険者が亡くなっている場合は、申請を行う相続人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 | 都道府県 | | | | | | |
| 振込先指定口座 | 公金受取口座の利用について | 公金受取口座への振込みの希望の有無について必ず記入してください。 (公金受取口座を活用できるのは被保険者だけです) | | | | | |
| | 公金受取口座の利用 | | | | | | |
| | 金融機関名称 | 下段の振込先情報(金融機関名や口座番号など)については、 公金受取口座への振込みを希望しない場合のみ 記入してください | | | | | |
| | 預金種別 | ※ 振込先は 被保険者(申請者) の口座をご記入ください。 | | | | | |
| 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。 ➞ | | | | | | | |
| 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 <input type="checkbox"/> 2.不備 | 戸籍 (法定代理) | <input type="checkbox"/> 1.添付 | 口座証明 | <input type="checkbox"/> 1.添付 | |
| 6 4 1 1 1 1 0 3 | その他 | <input type="checkbox"/> 1.その他 (理由) | 枚数 | <input type="checkbox"/> | | | |
| 受付日付印 (2026.1) | | | | | | | |
| 全国健康保険協会 協会けんぽ | | | | | | | |
| 1 / 2 | | | | | | | |

・申請書2ページ目

**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

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。

| | | | |
|----------------|---|---|---|
| ① 診療年月 | 対象年月は必ずご記入ください。 <small>記入する場合は次のページをご参考に記入ください。</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 [] 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 |
| 申請 内 容 ③ | | | |
| 医療機関 (薬局) の名称 | | | |
| 医療機関 (薬局) の所在地 | | | |
| ④ 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 |
| ⑤ 療養を 受けた 期間 | [] 日 から [] 日 | [] 日 から [] 日 | [] 日 から [] 日 |
| ⑥ 支払額 (右づめ) | [] [] [] [] [] 円 | [] [] [] [] [] 円 | [] [] [] [] [] 円 |

「①診療年月」以前1年内に、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 昭和 [] 年 [] 月 2 昭和 [] 年 [] 月 3 平成 [] 年 [] 月 4 令和 [] 年 [] 月

⑦ 非課税等

被保険者が非課税である等、自己負担額度額の所得区分が「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。ただし、非課税であっても、「低所得」にならない場合(記入の手引き参照)は、 は不要です。

⑧ 非課税等に記された方は、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。



被保険者
郵便番号
(ハイフン除く)

[] [] [] [] []

⑨ 希望しない

マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合は、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な証明書類を添付してください。

6 4 1 2 1 1 0 3

～複数月まとめて提出する際の注意～

申請書は、「対象年月」ごとに必要となります。
以下のような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

Three separate pages of a medical expense application form, each labeled with a month: 1月分 (January), 2月分 (February), and 3月分 (March). The forms are identical in layout, showing various fields for personal information and medical expenses.

1ページ目の内容をコピーして使いまわし※

Three separate pages of a medical expense application form. The first page shows the original form. The second and third pages show the same form with the word "コピー" (Copy) written above the corresponding sections. The second page is labeled 1月分 (January) and the third page is labeled 2月分 (February).

※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を含む過去12か月間に3か月以上、自己負担限度額以上の医療費を支払った場合、自己負担限度額が軽減されます。

申請書2ページ目の診療年月を記入する場合は以下を参考にご記入ください。

記入例

【記入が必要な場合】対象年月：令和8年1月 自己負担限度額以上となった月：令和7年8月、令和7年10月、令和7年12月

Three boxes representing months: 07/08, 07/10, and 07/12. Each box contains the year (令和7年) and month (07月 or 10月 or 12月) respectively.

…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。

【記入が不要な場合】対象年月：令和8年1月 自己負担限度額以上となった月：令和7年1月、令和7年10月、令和7年12月

Three boxes representing months: 07/01, 07/10, and 07/12. Each box contains the year (令和7年) and month (07月 or 10月 or 12月) respectively.

…令和8年1月を起算とすると、令和7年2月～令和7年12月が記入対象月となり、令和7年1月は対象外のため記入は不要です。

12か月以内であっても、以下の場合、自己負担限度額以上の対象月にはなりませんので注意ください。

- ・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
- ・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
- ・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