



高額療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』50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

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

医療機関に支払った1か月分の自己負担額が常額になり、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。

記号・番号	2 1 7 0 0 0 2 3 1	生年月日	2 0 1 0 5 1 0
氏名 (カタカナ)	キョウカイ タロウ		
氏名	協会 太郎		
郵便番号 (ハイフン除く)	1 0 5 0 0 0 0	電話番号 (左のハイフン除く)	0 3 × × × × × × × ×
住所	東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101		

金融機関名称 〇〇〇〇 銀行 (支店) 〇〇〇〇 支店名 〇〇〇〇 口座番号 1 2 3 4 5 6 7

預金種別 1 普通預金

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。

MNI確認 (被保険者) ☐ 1. 入力 (2024年) 2. 入力 (2023年) 3. 入力 (2022年)

添付書類 所得証明 ☐ 1. 添付 2. 添付 3. 添付

戸籍 (法定代理) ☐ 1. 添付 2. 添付 3. 添付

その他 ☐ 1. その他 2. その他 3. その他

枚数 〇 〇

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2024.1.2)

(1/2)

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。
※校番は記入不要です。

資格情報のお知らせ			
番号	21700023	支店	〇〇
氏名	協会 太郎	生年月日	平成 元年 5月 10日
資格取得年月日	令和 5年 1月 1日	保険者番号	99999999
保険者名称	全国健康保険協会	〇〇支店	

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。

金融機関名称	ゆうちょ	支店名	二三八
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左の)	1 2 3 4 5 6 7

1つの医療機関等で高額な医療費がかかる場合

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。

複数の医療機関等で高額な医療費がかかる場合

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 被扶養者 高額療養費 支給申請書

被保険者 協会 太郎

被扶養者 協会 太郎

世帯合算

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

診療年月 令和 07 年 01 月

受診者氏名 協会 太郎

受診者生年月日 2 月 01 日 05 月 10 日

医療機関(薬局)の名称 ○○病院

医療機関(薬局)の所在地 東京都新宿区四ツ谷 ○○

病状・ケガの別 1 月 01 日 01 日

療養を受けた期間 01 日 01 日

支払額(右つめ) 1000000 円

診療年月(1) 令和 06 年 05 月

診療年月(2) 令和 06 年 08 月

診療年月(3) 令和 06 年 11 月

非課税等 ☒ 被保険者が非課税である等、自己負担限度額の算定が「低所得者」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、国保等に加入している場合は「加入している」と記入してください。

マイナンバー 10500000

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、非課税証明書の必要事項を添付してください。

64122101

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・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

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。

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
- <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。
- <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