



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

記号(左づめ) 番号(左づめ) 生年月日

記号・番号 2 1 7 0 0 0 2 3 1 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(ハイフンを除く) 1 0 5 0 0 0 0 電話番号(左づめハイフンを除く) 0 3 × × × × × × × ×

住所 東京 港区 ○ ○ 1 - 1 △ △ マンション 101

金融機関名称 ○ ○ ○ ○ 銀行(支店) 支店名 ○ ○ ○ ○

預金種別 1 普通預金 口座番号(左づめ) 1 2 3 4 5 6 7

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選認(扶養者) 1. 本人(扶養者) 2. 本人(扶養者) 3. 本人(扶養者) 4. 本人(扶養者)

添付書類 所得証明 戸籍(法定代理) 口座証明 その他 枚数

全国健康保険協会 協会けんぽ

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。
※記号・番号が不明な場合はP.31参照。

資格情報のお知らせ

記号	21700023	番号	1	校番	00
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 ○○支部				

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 銀行(支店) 支店名 二三八

預金種別 1 普通預金 口座番号(左づめ) 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	協会 太郎	協会 花子
受診者生年月日	2 月 01 日 05 月 10 日	2 月 01 日 05 月 10 日	1 月 6 日 2 月 20 日
医療機関(薬局)の名称	〇〇病院	△△薬局	□□病院
医療機関(薬局)の所在地	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 □□
病状(ケガ)の別	1	1	1
療養を受けた期間	01 日 01 日	01 日 01 日	21 日 21 日
支払額(右つゆ)	100000 円	50000 円	50000 円

診療年月 | 1 年 06 月 05 日 | 2 年 06 月 08 日 | 3 年 06 月 11 日

非課税等 被保険者が非課税である等、自己負担限度額の計算区分(低所得)となる場合(記入の引引き参照)には、左記に * を入れてください。ただし、非課税であっても、国保等に加入しない場合(記入の引引き参照)は、* は不要です。

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な証明書類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。

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。

<マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合>

低所得者 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

記載例

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てください。

計算期間 → 令和●●年8月1日～翌年7月31日まで。

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。

「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)。

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った場合は、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

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

＜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)

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。

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 令和 6年度	対象となる計算期間 6年 8月 1日 ~ 7年 7月 31日	1枚目
申請者氏名 協会 太郎	保険者名 〇〇健康保険組合	加入期間 6年 8月 1日 から 7年 7月 31日 まで	添付書類 添付省略
申請者住所 〇〇市〇〇区〇〇1-1 △△マンション101	保険者加入日 7年 7月 31日	〇〇支部	
生年月日 令和 平成 令和 61年 10月 22日	性別 男	計算期間の末日において加入する 医療保険者の名称 ※2	
記号・番号 21700023 - 1	電話 090(1234)5678		
被扶養者氏名 協会 三郎	保険者名 〇〇健康保険組合	加入期間 6年 8月 1日 から 7年 7月 31日 まで	添付書類 添付なし
生年月日 令和 平成 令和 〇〇年 5月 15日	性別 男	〇〇支部	
被扶養者氏名	加入期間		
生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日	性別		
〒	本申請に基づき給付金に関する受給者を代理人に委託します。	令和 年 月 日	
1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	住所 (フリガナ) 氏名	代理人の氏名	
	氏名	委任者と代理人との関係	
	代理人の住所 〒 - 電話 ()		
1 2 3 4 5 6 7	口座番号	フリガナ 協会太郎	
	口座名義人		
	申請年月日 令和 年 月 日	受付年月日	

「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。

□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)