

記入のポイント 高額療養費（1ページ）

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 ページ



※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

被保険者(本人)の情報を記入
※扶養家族の情報ではありません

被保険者証	記号(左づめ)	1.期初 2.半減 3.半額	日
氏名 (カタカナ)	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。		
氏名	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。		
郵便番号 (ハイフン除く)	電話番号 (左づめハイフン除く)		

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他()	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	

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。)

原則記入不要
記入すると確認書類が必要

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。

記入不要

記入のポイント 高額療養費 (2ページ)

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。

1 2 ページ

被保険者氏名 **被保険者(本人)の名前**

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	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	→ 必ず記入	ない いて、下記項目をご記入ください。
受診者 氏名	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
③ 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
④ 支払額 (右づめ)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

高額療養費の申請は、診療年月ごとになります。
申請ごとに1・2ページを提出してください。
例: 1月・2月診療分の申請をしたいときはそれぞれに1・2ページの提出が必要

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	2 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	3 令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
--------	---	---	---

② 非課税等 被保険者が非課税である等、自己負担戻戻額の算出は、高額療養費算出のため、マイナンバーを利用した場合は、前年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号(本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号をご確認ください)。

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。

**市区町村民税
非課税の方が記入**

**チェック☑し、郵便番号を記入すると
非課税証明書等が「不要」**

チェック☑すると、非課税証明書等が「必要」

6 4 1 2 1 1 0 1