

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

※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

高

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「記入方法」をご覧ください。

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

記号・番号

1.昭和 2.平成 3.令和

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(「・」)。半濁点(「゜」)は1字としてご記入ください。

※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。

氏名

郵便番号 (ハイフン除く)

電話番号 (左めハイフン除く)

申請者氏名と同じ名義の口座を記入

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名称

支店名

銀行 金融 信託

本店 支店

代理店 出張所

本店営業部

十六銀行、大垣共立銀行の本店営業部は、「本店営業部」に○ 「本店」は×

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。

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 年 月 必ず記入 ください。下記項目をご記入ください。

受診者氏名	受診者氏名	受診者氏名
② 受診者生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和	② 受診者生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和	② 受診者生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和

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1・2ページの提出が必要

⑤ 療養を受けた期間 から 日 から 日	⑤ 療養を受けた期間 から 日 から 日	⑤ 療養を受けた期間 から 日 から 日
⑥ 支払額(右づめ) 円	⑥ 支払額(右づめ) 円	⑥ 支払額(右づめ) 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。

⑦ 診療年月 1 令和 年 月	⑦ 診療年月 2 令和 年 月	⑦ 診療年月 3 令和 年 月
-------------------------------	-------------------------------	-------------------------------

⑧ 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出に非課税であることを「低所得」にならないよう、高額療養費算出のため、マイナンバーを利用した情報提供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。

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」

⑨ 希望しない ☐ マイナンバーを利用した情報提供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。

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

全国健康保険協会
協会けんぽ

(2 / 2)