

現金給付、証交付、任意継続等に関する申請 編

2-3-1-①-g

申請内容を入力する

高額療養費支給申請書

本項では高額療養費支給申請書の申請内容を入力する操作概要について説明します。

1. 加入者情報を入力する

●被保険者が申請する場合

保険者名称や記号・番号は全国健康保険協会の資格情報が設定されるため、入力不要です。

氏名 必須

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名
協会 花子

氏名(カタカナ) 必須 ?

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)
キョウカイ ハナコ

生年月日 必須

年
昭和64年・平成元年(1989年) ▼

月
5月 ▼

日
10日 ▼

氏名と生年月日は全国健康保険協会の資格情報が設定されます。入力内容に誤りがないか確認し、誤りがある場合は修正します。

> [郵便番号と住所の入力](#) <

● 社会保険労務士の場合

1 — 2 — 3 — 4 — 5

加入者情報入力

被保険者(申請者)情報

保険者名称 **必須**

保険者名称

東京支部

▼

記号・番号 **必須**

半角数字7桁以上、8桁以内で入力ください。

記号

21700023

半角数字7桁以内で入力ください。

番号

21

保険者名称と記号・番号を入力します。

氏名 必須

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

氏名
協会 花子

氏名(カタカナ) 必須 ?

全角25文字以内で入力ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1文字としてカウントします。
セイとメイの間にスペースを入力ください。

氏名(カタカナ)
キョウカイ ハナコ

生年月日 必須

年
昭和64年・平成元年(1989年) ▼

月
5月 ▼

日
10日 ▼



氏名と生年月日を入力します。

> [郵便番号と住所の入力](#) <

郵便番号 **必須**

半角数字(ハイフンなし)7桁で入力ください。
郵便番号を7桁入力して表示される候補を選択すると、住所欄に反映されます。
郵便番号が分からない方は [こちら](#) 

郵便番号

1050000  

1050000
東京都港区

7 / 7

郵便番号欄に郵便番号を 7 桁すべて入力します。選択可能な住所が一覧で表示されます。住所を選択します。

住所 必須

住所は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県
東京都

市区町村
港区

丁目・番地
〇〇1丁目1番地

建物名・号室
△△マンション101

自動入力された住所を確認し、住所の詳細を入力します。

電話番号 **必須**

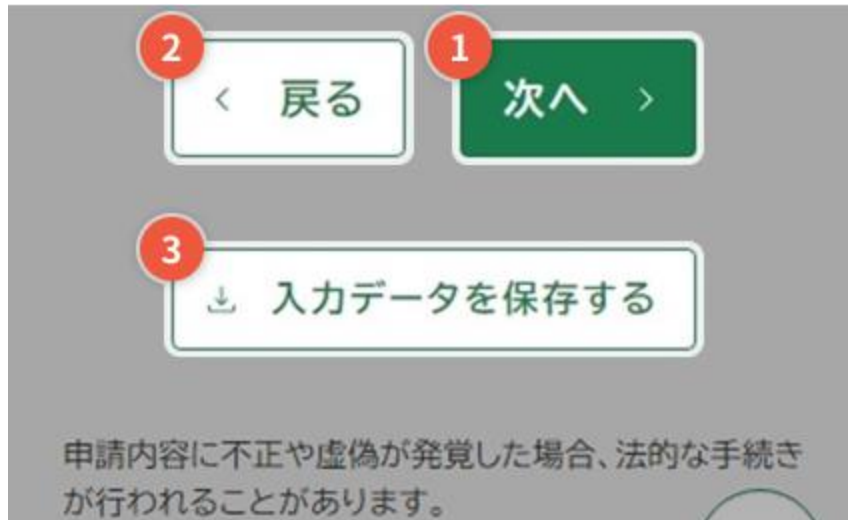
半角数字10桁以上、12桁以内で入力ください。

090 - 1234 - 1234

今回の申請は一度お返しした申請について再申請(提出)されるものですか。 **必須** (?)

☐ はい ☒ いいえ

電話番号を入力し、今回の申請が再申請の場合は「はい」を、再申請ではない場合は「いいえ」を選択します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

attention 操作に関する注意事項

この画面で「戻る」ボタンを押すと、内容がクリアされますので、ご注意ください。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「高額療養費支給申請書_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例: 2026 年1月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「高額療養費支給申請書_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ヘ

2.口座情報を入力する

振込先指定口座

公金受取口座希望 **必須**

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座への振込を希望する場合は、「希望する」を選択してください。

公金受取口座への振込を希望されない場合は「希望しない」を選択してください。

※原則申請者本人の口座にお振込みします。申請者が被保険者の場合のみ公金受取口座を希望できます。

マイナポータルに登録された公金受取口座の情報について、協会けんぽが口座情報を取得できるまで一定の期間を要します。

そのため、マイナポータルに公金受取口座を登録されて間もない方は、ご利用の希望に添えない場合がございますので、予めご了承ください。

希望する 希望しない

公金受取口座希望の有無を選択します。

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座への振込を希望する場合は、「希望する」を選択します。

公金受取口座への振込を希望しない場合は、「希望しない」を選択します。

「希望する」を選択した場合 > [次の操作](#) へ

「希望しない」を選択した場合 > [公金受取口座を希望しない場合](#) へ

● 公金受取口座を希望しない場合

金融機関名称 **必須**

金融機関名称をひらがな、カタカナ、漢字、英字のいずれか1文字以上入力し、表示された候補から選択してください。
候補から選択せず直接入力される場合は、「銀行」、「信用金庫」等、金融機関の種別まですべて入力ください。
振込先指定口座は、申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。
全角50文字以内で入力ください。

▼ [海外療養費を申請される場合の口座の入力についてはこちら](#)

金融機関名称

けんぽ

けんぽ銀行

けんぽ信託銀行

埼玉けんぽ農業協同組合

金融機関名称を検索して選択するか、直接入力します。

※金融機関名称は部分一致で検索されます。

支店名 **必須**

支店名をひらがな、カタカナ、漢字、英字のいずれか1文字以上入力し、表示された候補から選択してください。

候補から選択せず直接入力される場合は、「支店」、「本店」、「出張所」等、支店の種別まですべて入力ください。

全角15文字以内で入力ください。

✓ [ゆうちょ銀行の場合の注意点はこちら](#)

支店名

押上支店

浅草橋支店

亀有支店

綾瀬支店

赤羽支店

青山支店

支店名を検索して選択するか、直接入力します。

※支店名は部分一致で検索されます。

預金種別

ご指定いただけるのは普通預金口座のみとなります。

普通預金

口座番号 必須

半角数字7桁以内で入力ください。

▼ [ゆうちょ銀行の場合の注意点はこちら](#)

口座番号

1234567

口座番号を入力します。



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「高額療養費支給申請書_YYYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026 年1月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は「高額療養費支給申請書_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ヘ

3. 申請情報を入力する

✓ — ✓ — 3 — 4 — 5 — 6

申請情報入力

申請内容

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すべて合算して、支給額を算出します。

診療年月 **必須**

高額療養費は月単位でご申請ください。入力した診療年月に診療を受けたものについて申請内容入力欄を受診者ごと、医療機関・薬局別に入力ください。

医療機関等は9か所分の入力が可能です。

▼ [医療機関等を10か所以上受診されている場合はこちら](#)

年

令和8年(2026年) ▼

月

1月 ▼

診療を受けた年月を入力します。

申請内容1

受診者の氏名 **必須**

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。

姓と名の間にスペースを入力ください。

受診者の氏名

協会 太郎

受診者の生年月日 **必須**

年

昭和64年・平成元年
(1989年)



月

5月



日

10日



受診者の氏名、生年月日を入力します。

医療機関(薬局)の名称 **必須**

全角39文字(半角78文字)以内で入力ください。

医療機関(薬局)の名称

〇〇クリニック

受診した医療機関、または処方を受けた薬局の名称を入力します。

医療機関(薬局)の所在地 **必須**

所在地は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県

東京都

市区町村

港区

丁目・番地

〇〇1丁目1番地

建物名・号室

△△△△

受診した医療機関、または処方を受けた薬局の所在地を入力します。

病気・ケガの別 必須

病気

ケガ

療養を受けた期間 必須

申請内容の診療年月欄に入力した診療年月内に受診した日の最初の日と最後の日を入力ください。

日
1日

から

日
10日

「病気」、または「ケガ」を選択し、療養を受けた期間を入力します。

The screenshot shows a form section titled '支払額 必須' (Payment Amount Required). Below the title, there is a detailed instruction in Japanese: '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)を入力ください。' (Enter the amount paid at medical institutions, etc., excluding the amount for insurance medical treatment (amounts for extra bed charges, etc., which are not covered by insurance, and meal charges during hospitalization, etc.)). Below this, it says '半角数字7桁以内で入力ください。' (Enter within 7 digits of half-angle numbers). At the bottom, there is a text input field with the label '支払額' (Payment Amount) and a placeholder '100,000 円' (100,000 Yen).

支払額を入力します。

申請内容が1つの場合は

> [多数該当の確認の入力](#) へ

複数申請内容がある場合、次の操作に進みます。

The screenshot shows a green button with white text that reads '申請内容入力欄を追加 +' (Add Application Content Input Field +).

「申請内容入力欄を追加」ボタンを押します。

申請内容2

受診者の氏名 必須

全角13文字(半角26文字)以内で入力ください。
姓と名の間にスペースを入力ください。

受診者の氏名

協会 太郎

受診者の生年月日 必須

年

昭和64年・平成元年
(1989年)

月

5月

日

10日

新しく申請内容入力欄が表示されます。

受診者の氏名、生年月日を入力します。

医療機関(薬局)の名称 **必須**

全角39文字(半角78文字)以内で入力ください。

医療機関(薬局)の名称

〇〇薬局

受診した医療機関、または処方を受けた薬局の名称を入力します。

医療機関(薬局)の所在地 **必須**

所在地は全角39文字(半角78文字)以内で入力ください(都道府県は文字数に含みません)。

都道府県

東京都

市区町村

新宿区

丁目・番地

〇〇1丁目1番地

建物名・号室

××××

受診した医療機関、または処方を受けた薬局の所在地を入力します。

病気・ケガの別 **必須**

病気

ケガ

療養を受けた期間 **必須**

申請内容の診療年月欄に入力した診療年月内に受診した日の最初の日と最後の日を入力ください。

日
11日

から

日
16日

「病気」、または「ケガ」を選択し、療養を受けた期間を入力します。

支払額 **必須**

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)を入力ください。

半角数字7桁以内で入力ください。

支払額

100,000 円

支払額を入力します。

また、申請内容が3つ以上の場合は、「申請内容入力欄を追加」ボタンを押し、同様の手順で申請内容の追加が可能です。

point 操作に関するポイント

申請内容を削除する場合は「申請内容〇入力欄を削除」ボタンを押します。

申請内容1入力欄を削除

「OK」ボタンを押します。

「申請内容1」を削除します。
よろしいですか？

キャンセル OK



attention

操作に関する注意事項

「申請内容〇入力欄を削除」ボタンを押すと、「申請内容〇」の内容がクリアされますので、ご注意ください。

申請内容を複数入力した状態で、いずれかの申請内容を削除すると、削除した申請内容以降の連番が自動的に繰り上がって表示されます。

多数該当の確認

診療年月1

年

令和7年(2025年)



月

12月



診療年月2

年

令和7年(2025年)



月

11月



診療年月3

年

令和7年(2025年)



月

10月




申請情報入力画面にて最初に入力した「診療年月」以前 1 年間に、高額療養費に該当する月が 3 か月以上ある場合は直近3か月の診療年月を入力します。

情報照会

被保険者は自己負担限度額の所得区分が「低所得者」となりますか。 **必須**

被保険者が市区町村民税の非課税者である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合には、「はい」をご選択ください。

所得区分「低所得」については[こちら](#) をご確認ください。

はい

いいえ

自己負担限度額の所得区分が「低所得者」に該当するか選択します。




point

操作に関するポイント

「被保険者は自己負担限度額の所得区分が「低所得者」となりますか。」で「はい」を選択した場合、「マイナンバーを利用した情報照会を希望しますか。」が表示されます。

マイナンバーを利用した情報照会を希望するかを選択します。

被保険者は自己負担限度額の所得区分が「低所得者」となりますか。 **必須**

被保険者が市区町村民税の非課税者である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合には、「はい」をご選択ください。
所得区分「低所得」については[こちら](#) をご確認ください。

はい

いいえ

マイナンバーを利用した情報照会を希望しますか。 **必須**

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。

希望する

希望しない

point 操作に関するポイント

「マイナンバーを利用した情報照会を希望しますか。」で「希望する」を選択している場合、被保険者郵便番号の入力欄が表示されます。

被保険者郵便番号を入力します。

マイナンバーを利用した情報照会を希望しますか。 **必須**

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。

希望する

希望しない

被保険者郵便番号 **必須**

情報照会に必要なため、以下に当てはまる郵便番号を入力ください。

診療月が1月～7月の場合：

診療年月の前年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：

診療年月の本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号

半角数字(ハイフンなし)7桁で入力ください。

被保険者郵便番号

105-0000



① 「次へ」ボタン

入力内容を確認し、問題がない場合は「次へ」ボタンを押します。

> 2-3-1 ②書類をアップロードする ハ

② 「戻る」ボタン

「戻る」ボタンを押すと、前のページに戻ります。

③ 「入力データを保存する」ボタン

「入力データを保存する」ボタンを押すと、次回、メニュー画面の申請する欄にある「保存データを利用して申請」ボタンから申請を再開することができます。

入力内容のデータは「高額療養費支給申請書_YYYYMMDDhhmmss.json」のファイル名で、ご利用の端末に保存されます。

例:2026 年 1 月 20 日 10 時 30 分 22 秒に「入力データを保存する」ボタンを押した場合、ファイル名は

「高額療養費支給申請書_20260120103022.json」となります。

> 2-3-1 ④保存データを利用して申請する ハ