



高額療養費支給申請書

『協会けんぽGUIDEBOOK』44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

健康保険
被扶養者
世帯合算

1 2 ページ

高

※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「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証	記号(左づめ) 2 1 7 0 0 0 2 3 1	番号(左づめ) 1 0 1 0 5 1 0	生年月日 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 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 (左づめハイフン除く)	0 3 × × × × × × × ×
住所	東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101		

金融機関名称	支店名	預金種別	口座番号
〇〇〇〇	〇〇〇〇	1 普通預金	1 2 3 4 5 6 7

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。

MN確認	戸籍	口座証明	その他
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(2022.12) 1 / 2

記号・番号は、保険証に記載されています。

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。

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください(住所・振込口座も同様です)。

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

保険証の記号・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、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・7桁の口座番号をご記入ください。

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

あらかじめ医療費が高額になるとわかっている場合は「限度額適用認定証」あらかじめ申請して交付された「限度額適用認定証」(P.9参照)を保険証と併せて医療機関等の窓口に提示すると、同一月において一医療機関ごとの窓口での1か月の自己負担の支払いが自己負担限度額までとなり、高額療養費を申請する手間が省けます。

高額療養費支給申請書

健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書

1 2 ページ

被保険者氏名 協会 太郎

診療年月 令和 05 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 1 01 05 10	2 1 01 05 10	1 1 62 02 20
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 □□
病名・ケガの別	1 1 スケガ	1 1 スケガ	1 1 スケガ
療養を受けた期間	01 日 から 01 日	01 日 から 01 日	21 日 から 21 日
支払額(右つめ)	1 0 0 0 0 0 円	5 0 0 0 円	5 0 0 0 0 0 円

診療年月 1 1 04 05 2 1 04 08 3 1 04 11

非課税等 被保険者が非課税である等、自己負担限度額の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)には、左記に☑を入れてください。

マイナンバー 1 0 5 0 0 0 0

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。

6 4 1 2 2 1 0 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

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4年8月～令和5年7月診療分：
 令和4年1月1日時点の住民票住所の郵便番号
 ・令和5年8月～令和6年7月診療分：
 令和5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 (※)協会けんぽでマイナンバーが未収録の場合や、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4年8月～令和5年7月は、令和4年度の非課税証明書
 例2. 診療月が令和5年8月～令和6年7月は、令和5年度の非課税証明書
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人が申請する場合
 - 戸籍謄本の原本(被保険者と申請者の続柄などを確認できるもの)
 - 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

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。

「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)。

☐座情報は申請区分にかかわらず必ずご記入ください。

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

(申請者の氏名)記入上の注意事項は、裏面に詳しく記載されています。(保険者記入欄)

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> ①高額介護合算療養費の支給を申請します。 <input type="checkbox"/> ②自己負担額証明書の交付を申請します。	申請対象年度	平成 4 年度	対象となる計算期間	4 年 8 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	申請者	姓 名	姓 名	
フリガナ	協会 太郎	フリガナ	協会 花子	フリガナ	協会 次郎	フリガナ	協会 太郎	協会 太郎	
申請者氏名	〒106-0006 東京都港区1-1-1 ○○ビル101号 電話 090112345678	生年月日	昭和 55 年 10 月 22 日生	生年月日	昭和 55 年 1 月 18 日生	生年月日	昭和 55 年 7 月 3 日生	生年月日	昭和 55 年 7 月 3 日生
性別	男	性別	女	性別	男	性別	女	性別	女
加入期間	5 年 2 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	加入期間	5 年 2 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	加入期間	5 年 2 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	加入期間	5 年 2 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで	加入期間	5 年 2 月 1 日から 5 年 7 月 31 日まで
医療保険者	協会けんぽ	医療保険者	協会けんぽ	医療保険者	協会けんぽ	医療保険者	協会けんぽ	医療保険者	協会けんぽ
介護保険者	市区町村	介護保険者	市区町村	介護保険者	市区町村	介護保険者	市区町村	介護保険者	市区町村
受診歴	令和 4 年 10 月 令和 5 年 4 月、5 月	受診歴	令和 4 年 10 月、令和 5 年 1 月 令和 5 年 4 月、5 月	受診歴	令和 4 年 10 月、令和 5 年 1 月 令和 5 年 4 月、5 月	受診歴	令和 4 年 10 月、令和 5 年 1 月 令和 5 年 4 月、5 月	受診歴	令和 4 年 10 月、令和 5 年 1 月 令和 5 年 4 月、5 月
マイナンバー	1234567890123	マイナンバー	1234567890123	マイナンバー	1234567890123	マイナンバー	1234567890123	マイナンバー	1234567890123
申請者住所	〒106-0006 東京都港区1-1-1 ○○ビル101号	申請者住所	〒106-0006 東京都港区1-1-1 ○○ビル101号	申請者住所	〒106-0006 東京都港区1-1-1 ○○ビル101号	申請者住所	〒106-0006 東京都港区1-1-1 ○○ビル101号	申請者住所	〒106-0006 東京都港区1-1-1 ○○ビル101号
申請者印	協会 太郎	申請者印	協会 花子	申請者印	協会 次郎	申請者印	協会 太郎	申請者印	協会 太郎
申請年月日	令和 4 年 8 月 1 日	申請年月日	令和 4 年 8 月 1 日	申請年月日	令和 4 年 8 月 1 日	申請年月日	令和 4 年 8 月 1 日	申請年月日	令和 4 年 8 月 1 日

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4年8月～令和5年7月の申請は、令和4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。

「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。

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 平成・令和 4年度	対象となる計算期間 4年 8月 1日 ~ 5年 7月 31日	枚目 1/1
申請者氏名 協会 太郎	保険者名 1 ○○健康保険組合 2 全国健康保険協会 3 ○○支店	加入期間 4年 8月 1日 から 5年 1月 31日 まで 5年 2月 1日 から 5年 7月 31日 まで 5年 月 日 から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書管理番号 添付省略
申請者住所 000-0000 ○○街○○番○○1-1 △△マンション101	保険者加入歴 1 ○○健康保険組合 2 全国健康保険協会 3 ○○支店	加入期間 4年 8月 1日 から 5年 1月 31日 まで 5年 2月 1日 から 5年 7月 31日 まで 5年 月 日 から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書管理番号 添付なし
生年月日 昭和・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	
被保険者証の記号・番号 201700023 - 1	電話 000(000)000		
被扶養者氏名 協会 三郎	保険者名 1 ○○健康保険組合 2 全国健康保険協会 3 ○○支店	加入期間 4年 8月 1日 から 5年 1月 31日 まで 5年 2月 1日 から 5年 7月 31日 まで 5年 月 日 から 年 月 日まで	添付の自己負担額証明書管理番号 添付なし
生年月日 昭和・平成・令和 ○○年 5月 15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	
被扶養者氏名	加入期間 年 月 日 から 年 月 日まで 年 月 日 から 年 月 日まで 年 月 日 から 年 月 日まで		
生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	性別		
住所 〒 〇〇〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇	受取代理人の職 住所 (フリガナ) 氏名 委任者と代理人との関係 代理人の住所 〒 - 電話 ()	令和 年 月 日	
被保険者のマイナンバー記載欄 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	口座番号 9 9 × × × 9 9	フリガナ 協会 太郎	
申込先口座 金融機関 00 〇〇 〇〇 〇〇	口座名義人 協会 太郎		
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 (05.01)	申請年月日 令和 年 月 日	受付年月日	

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4年8月~令和5年7月の申請は、令和4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)