



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
被保険者
被扶養者
世帯合算

12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「記入の手引き」をご確認ください。

被保険者証 記号（左づめ） 217000231	番号（左づめ） 2010510	生年月日 1.昭和 2.平成 3.令和 010510
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） 1050000	電話番号 （左づめハイフン除く） 03XXXXXX	
住所 東京 港区 〇〇1-1 △△マンション101		

金融機関名称 〇〇〇〇 銀行	支店名 〇〇〇〇 本店
預金種別 1 普通預金	口座番号 1234567

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 （被保険者） ☐	1. 記入有（交付あり） 2. 記入有（交付なし） 3. 記入無（交付あり）
添付書類 所得証明 ☐	1. 添付 2. 不備
戸籍 （法定代理） ☐	1. 添付 2. 不備
口座証明 ☐	1. 添付 2. 不備
その他 ☐	1. その他 2. 不備

64112101

全国健康保険協会
協会けんぽ

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	ゆうちょ 〇〇〇〇 銀行	支店名	二三八 〇〇〇〇 支店
預金種別	1 普通預金	口座番号	1234567

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。

☐ 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 4 年度 対象となる計算期間 4 年 8 月 1 日 ~ 5 年 7 月 31 日		1 枚目	
フリガナ 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 7 月 31 日 まで 5 年 2 月 1 日 から 5 年 7 月 31 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで	
申請者住所 〒000-0000 ○○市○○区○○1-1 △△マンション101		被保険者加入 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 7 月 31 日 まで 5 年 2 月 1 日 から 5 年 7 月 31 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日 昭和 41 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			
フリガナ 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 7 月 31 日 まで 5 年 2 月 1 日 から 5 年 7 月 31 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで	
被扶養者氏名 協会 三郎		被扶養者加入 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 7 月 31 日 まで 5 年 2 月 1 日 から 5 年 7 月 31 日 まで 年 月 日 から 年 月 日 まで	
生年月日 昭和 41 年 5 月 15 日		性別 男			
フリガナ		保険者名		加入期間	
被扶養者氏名		被扶養者加入		加入期間	
生年月日 昭和 41 年 月 日		性別			
備考		本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。 令和 年 月 日 住所 (フリガナ) 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 氏名 代理人の住所 〒 電話 ()			
被保険者のマイナンバー記載欄 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13		※2 本人確認書類貼付台紙(※1)を添付してください。			
送達先口座 金融機関 協会 太郎		口座番号 フリガナ 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)