

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 記入の手引き

1か月の自己負担額が一定の額を超えた場合、超えた額が払い戻しされます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は被保険者ご自身でご記入ください。
被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。(コピーと指定していないものは、原本が必要です。)

以下に当てはまる場合に添付いただくもの (詳しくは協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせください)

| ケガ(負傷)の場合 | 「負傷原因届」 | | | | | | | | | | |
|--------------------------------|--|------|------|------|---|---------|--|--------|--------------------------------------|--------------------------------|--|
| 第三者による傷病の場合 | 「第三者行為による傷病届」 | | | | | | | | | | |
| 自己負担限度額の所得区分が低所得者になる方 | <p>●低所得者の添付書類について</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>所得区分</th> <th>添付書類</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>低所得者</td> <td>被保険者の住民税の(非)課税証明書 ※申請書の証明欄に証明を受けた場合は不要</td> </tr> <tr> <td>低所得者 II</td> <td></td> </tr> <tr> <td>低所得者 I</td> <td>被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類 (所得証明書など)</td> </tr> </tbody> </table> <p>※4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要になります。 (例) ・平成28年8月診療分～平成29年7月診療分：平成28年度(平成27年中収入)の証明書 ・平成29年8月診療分～平成30年7月診療分：平成29年度(平成28年中収入)の証明書 ※他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。</p> <table border="1"> <tr> <td>低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方</td> <td>「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」 (いずれもコピーで可)</td> </tr> </table> | 所得区分 | 添付書類 | 低所得者 | 被保険者の住民税の(非)課税証明書 ※申請書の証明欄に証明を受けた場合は不要 | 低所得者 II | | 低所得者 I | 被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類 (所得証明書など) | 低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方 | 「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」 (いずれもコピーで可) |
| | 所得区分 | 添付書類 | | | | | | | | | |
| 低所得者 | 被保険者の住民税の(非)課税証明書 ※申請書の証明欄に証明を受けた場合は不要 | | | | | | | | | | |
| 低所得者 II | | | | | | | | | | | |
| 低所得者 I | 被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類 (所得証明書など) | | | | | | | | | | |
| 低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としなくなる方 | 「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」 (いずれもコピーで可) | | | | | | | | | | |
| 公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が減額されている方 | 助成を受けた診療についての、医療機関からの領収書のコピー | | | | | | | | | | |
| 被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合 | 被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等 | | | | | | | | | | |

ご提出・お問い合わせ先

次ページに記入例があります。➔

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。二重線の近くに、被保険者ご本人によるフルネームの署名または押印が必要です。

TEL 03(XXX)XXXX

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 **高**
※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。 **被保険者記入用**

記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。
 申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入ください。 記入見本 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | アイウ

1 被保険者情報

| | | | |
|------------------|------------------------------|-----------|--|
| 被保険者証の (左づめ) | 記号 2 1 7 0 0 0 2 3 | 番号 2 1 | 生年月日 年 月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 6 1 1 0 2 2 <input type="checkbox"/> 平成 |
| 氏名・印 | (フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎 | | 自署の場合は押印を省略できます。 |
| 住所 | (〒105-0000) 東京 港区 〇〇 1-1 | | |
| 電話番号 (日中の連絡先) | TEL 03 (XXXX)XXXX △△マンション101 | | |

3 振込先指定口座

| | | | | |
|------------|--|----------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 金融機関 名称 | 〇〇〇〇 | 銀行 金庫 信託 農協 漁協 (その他) | 〇〇〇〇 | 本店 支店 (代理店・出張所・本店営業部) (本所) (支所) |
| 預金種別 | 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。 | |
| 口座名義 | ▽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。) キョウカイ タロウ | | | 口座名義の 区分 1 1. 被保険者 2. 代理人 |

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の情報

本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。 平成 年 月 日

| | | | |
|----------------|----------------|--------------|----------------|
| 被保険者 | 氏名・印 | 住所 | 「被保険者情報」の住所と同じ |
| 代理人 (口座名義人) | (〒 -) TEL () | 住所 (フリガナ) | 被保険者との 関係 |
| | 氏名・印 | | |

「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

4 被保険者のマイナンバー記載欄
(被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です) マイナンバーを記入した場合は、必ず本人確認書類を添付してください。

社会保険労務士の
提出代行名記載欄

様式番号

協会使用欄

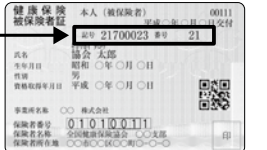
交付日付印 (29.8)

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 2

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

1 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。記号・番号は、保険証に記載されています。



2 被保険者が亡くなって、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。

3 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)・預金種目・口座番号をご記入ください。

| | | | | |
|------------|--|----------------------|----------------------------|---------------------------------|
| 金融機関 名称 | ゆうちょ | 銀行 金庫 信託 農協 漁協 (その他) | 〇三ハ | 本店 支店 (代理店・出張所・本店営業部) (本所) (支所) |
| 預金種別 | 1 1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知 | 口座番号 | 1 2 3 4 5 6 7 左づめでご記入ください。 | |
| 口座名義 | ▽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。) キョウカイ タロウ | | | 口座名義の 区分 1 1. 被保険者 2. 代理人 |

- 4**
- 被保険者のマイナンバー記載欄は、被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です。
 - マイナンバーを記入した場合は、以下の添付書類が必要です。貼付台紙に㊦㊧どちらも貼付のうえ、申請書に添付してください。
 - ㊦ 身元確認を行うための書類(いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(表面)のコピー、運転免許証のコピー、パスポートのコピー、その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー
 - ㊧ 番号確認を行うための書類(いずれか1点)
 - 被保険者の個人番号カード(裏面)のコピー、個人番号通知のコピー、被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書
- ※行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

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
 ※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。 被保険者記入用

被保険者氏名 **協会 太郎**

| | | | | |
|-------------|----------------------------|---|---|--|
| 5 6 7 | 1 診療月 | 平成 29 年 4 月 [左記の診療月について、受診者ごと(医療機関・薬局・入院・通院別等)にご記入ください。] | | |
| | 2 受診者 | 1 被保険者 2 家族(被扶養者) | 1 被保険者 2 家族(被扶養者) | 2 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 協会 花子 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 4:90:50:6 年 月 日 |
| | 3 療養を受けた医療機関・薬局の名称 | △△総合病院 | ◇◇薬局 | 〇〇総合病院 |
| | 4 療費を受けた期間 | 1 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷) (平成)年 月 日 2:90:41:6 から 2:6 まで | 1 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷) (平成)年 月 日 2:90:41:6 から 2:6 まで | 2 1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷) (平成)年 月 日 2:90:40:7 から 2:5 まで |
| | 5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) | 21,000 円 | 7,800 円 | 円 |
| | 6 自己負担額が不明の場合は支払った総額 | 円 | 円 | 123,000 円 |
| | 7 療費を受けた期間 | 2 1. はい 2. いいえ | 2 1. はい 2. いいえ | 2 1. はい 2. いいえ |

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要です。

1 診療月以前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、直近3か月分の診療月をご記入ください。
 8 診療月 1 平成 28 年 8 月 2 平成 28 年 11 月 3 平成 28 年 12 月

被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村民税より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)
 ※他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区町村民税が証明する欄 当該被保険者は平成 年度の 市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村民長名 [印]

様式番号 []

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください)

- 5 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。
- 6 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。
- 7 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)を記入してください。保険診療分の金額が明確でないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段にご記入ください。なお、調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含むため、上記の申請書の記入例では、△△総合病院で発行された処方箋により調剤を行った◇◇薬局の分を申請しています。

高額療養費支給要件の概要

詳細な支給要件やご不明な点は、協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせいただくか、協会けんぽホームページをご覧ください。

1 支給を受ける条件

同一月(1日から月末まで)に医療機関等の窓口で支払った **2 高額療養費の対象となる自己負担額** の世帯(被保険者とその被扶養者)での合計が **3 自己負担限度額** を超えた場合に、超えた額が高額療養費として支給されます。

| | | | |
|---------|-------|-------------|----------------------------|
| 自己負担額 | | | 計算対象外 |
| 自己負担限度額 | 高額療養費 | 協会けんぽが負担する額 | 差額ベッド代、食事代等 (保険適用外の負担額) |
| 医療費 | | | |

2 高額療養費の対象となる自己負担額

- 70歳未満の方が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を次の①~⑦の項目ごとに区分した結果、1つの区分で、21,000円以上のもの

①受診月ごと ②受診者ごと ③医療機関ごと ④医科と⑤歯科の別ごと
⑥入院と⑦外来の別ごと(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます)

- 70歳~74歳の方が支払った自己負担額

3 自己負担限度額

年齢と所得区分により自己負担限度額が異なります。

70歳未満の方

| 被保険者の所得区分 | 自己負担限度額 | 多数該当(※) |
|-----------------------------------|-----------------------------|----------|
| ①区分ア (標準報酬月額83万円以上の方) | 252,600円+(総医療費-842,000円)×1% | 140,100円 |
| ②区分イ (標準報酬月額53~79万円の方) | 167,400円+(総医療費-558,000円)×1% | 93,000円 |
| ③区分ウ (標準報酬月額28~50万円の方) | 80,100円+(総医療費-267,000円)×1% | 44,400円 |
| ④区分エ (標準報酬月額26万円以下の方) | 57,600円 | 44,400円 |
| ⑤区分オ(低所得者) (被保険者が市区町村民税の非課税者等) | 35,400円 | 24,600円 |

注)「区分ア」または「区分イ」に該当する場合、市区町村民税が非課税であっても、標準報酬月額での「区分ア」または「区分イ」の該当となります。

70歳~74歳の方(高齢受給者)

所得区分に加えて、通院(個人ごと)と、同一世帯単位でそれぞれ自己負担限度額が異なります。

| 所得区分 | 自己負担限度額 | | |
|--------------------------------|------------------------------|---------------------------|---------|
| | 通院 (個人ごと) | 同一世帯単位 | 多数該当(※) |
| ①現役並み所得者 (高齢受給者証の負担割合が3割の方) | 57,600円 | 80,100円+(医療費-267,000円)×1% | 44,400円 |
| ②一般所得者(①③④以外の方) | 14,000円 年間上限額 144,000円 | 57,600円 | 44,400円 |
| ③低所得者Ⅱ(市区町村民税が非課税の方など) | 8,000円 | 24,600円 | — |
| ④低所得者Ⅰ(③で所得が一定基準以下の方) | | 15,000円 | — |

(※)多数該当とは

高額療養費の支給を受けた月が1年間(直近12か月間)で3か月以上あったとき、4か月目から多数該当といい、自己負担限度額が軽減されます。
なお、70歳から74歳の方で通院による高額療養費については、多数該当の回数に含まれません。

ご存知ですか?

限度額適用認定証

「限度額適用認定証」を被保険者証と併せて医療機関等の窓口で提示すると、窓口での1か月の自己負担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。

高額医療費貸付制度

高額療養費の支給は、診療月から3か月以上かかることから、その間の家計負担の軽減を目的として、高額療養費支給見込み額の8割相当分を無利子で貸し付けする制度があります。