

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。

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)

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| 自己負担限度額の所得区分が低所得者になる方 | ● 低所得者の添付書類について | |
| | 低所得者(※1) | マイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入し、本人確認書類(※2)を添付してください。当協会にて課税情報を確認します。 |
| | 低所得者Ⅱ(※1) | |
| | 低所得者Ⅰ(※1) | マイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入し、被保険者および被扶養者全員の本人確認書類(※2)を添付してください。当協会にて所得情報を確認します。 |
| | 「限度額適用・標準負担額減額認定」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」 |
| ケガ(負傷)の場合 | 「負傷原因届」 ※3 | |
| 第三者による傷病の場合 | 「第三者行為による傷病届」 ※3 | |
| 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 | |

※1 低所得者については、4ページの「低所得者について」をご確認ください。
 ※2 本人確認書類については、4ページの「マイナンバーの記入・添付書類について」をご確認ください。
 ※3 協会けんぽのホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)

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。(窓口でも受け取ります)
 *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

記入例 高額療養費 支給申請書

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。

1ページ

被保険者 健康保険 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書


1 ページ 2 ページ 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、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入ください。

記入見本 01123456789アイウ

1 記号番号は、保険証に記載されています。



2 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。

| | | | | | | | | |
|---------|-------------|-------------------------------|------|----|------|----------------------|---------|----|
| 被保険者情報 | 記号 | 1 | 番号 | 21 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 |
| | 被保険者証の(左づめ) | 21700023 21 | | | 1 | 1.昭和 2.平成 3.令和 | 6 | 11 |
| | 氏名 | 協会 太郎 | | | | | | |
| | 住所 | 〒1050000 東京 港区 1-1 △△マンション101 | | | | | | |
| | 電話番号 | TEL 03XXXXXXXXXX | | | | | | |
| 振込先指定口座 | 金融機関名称 | 3 | | | | | | |
| | 預金種別 | 1 | 口座番号 | | | 1234567 | | |
| | 口座名義 | キョウカイ タロウ | | | | | 口座名義の区分 | 1 |

| | | | |
|---------|------------|--------------------------------|-------------------|
| 受取代理人の欄 | 被保険者 | 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。 | |
| | 氏名 | | 住所 「被保険者情報」の住所と同じ |
| | 代理人(口座名義人) | 住所 | 氏名 |


「被保険者記入用」は2ページに続きます。▶▶▶

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者証の記号番号が不明の場合にご記入ください。
記入した場合は、本人確認書類及び貼付台紙の添付が必要となります。
(詳細は「記入の手引き」をご覧ください。)

社会保険労務士の提出代行書記載欄

全国健康保険協会 協会けんぽ

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)・預金種別・口座番号をご記入ください。



4 被保険者本人が低所得者の場合は、被保険者のマイナンバーを記入し、本人確認書類を「本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」に貼付※1のうえ、申請書に添付※2してください。当協会にて課税情報(所得情報)を確認いたします。

※1 4ページの「マイナンバーの記入・添付書類について」をご確認ください。

※2 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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名 協会 太郎

| | | | | |
|--|----------------------------|-------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| 申請内容 | 1 診療月 | 5 2 1.平成 2.令和 0304 | | [診療月が複数ある場合は、診療月(1ヵ月)ごとに申請書が必要です。] |
| | 2 受診者 | 1 被保険者 | 1 被保険者 | 2 被保険者 |
| | | 2 家族(被扶養者) | 2 家族(被扶養者) | 2 家族(被扶養者) |
| | 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 療養を受けた期間 | 1. 病気(異常分給含む) 2. ケガ(負傷) | 1. 病気(異常分給含む) 2. ケガ(負傷) | 1. 病気(異常分給含む) 2. ケガ(負傷) |
| | 5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) | 21000円 | 7800円 | 44400円 |
| | 6 自己負担額が不明の場合は支払った総額 | | | |
| 7 医療機関等で支払った金額(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。 | 2 1. はい 2. いいえ | 2 1. はい 2. いいえ | 2 1. はい 2. いいえ | |

1の診療月以前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 2 1.平成 2.令和 0208 2 2 1.平成 2.令和 0211 3 2 1.平成 2.令和 0212

被保険者本人が市区町村住民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村住民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、この欄に市区町村長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。)

市区町村長が証明する欄 当該被保険者は 1.平成 2.令和 年度の 市区町村長名 市区町村長印

市区町村長が証明する欄 市区町村長印

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、右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。

8 本申請書に市区町村長の証明を受けられる場合は、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。(例)

- 令和2年8月診療分～令和3年7月診療分：令和2年度(令和元年・平成31年中収入)の(非)課税証明
- 令和3年8月診療分～令和4年7月診療分：令和3年度(令和2年中収入)の(非)課税証明

高額療養費の支給要件等

詳細やご不明な点は、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日から末日まで)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。 詳細は、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。

4 低所得者について

下記のいずれかに該当する場合は低所得者となり、自己負担限度額が軽減されます。

| | |
|-------------------|--|
| ①低所得者(70歳未満)(※1) | <ul style="list-style-type: none"> ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・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い被保険者とその被扶養者 |
| ②低所得者Ⅱ(70歳以上)(※2) | <ul style="list-style-type: none"> ・市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者 |
| ③低所得者Ⅰ(70歳以上)(※2) | <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者 ・低所得者Ⅰの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者 |

(※1) 標準報酬月額53万円以上の方は、低所得者の適用にはなりません。

(※2) 標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の方は低所得者の適用となりません。

マイナンバーの記入・添付書類について

～マイナンバーを記入いただくことで、添付書類の一部が不要となります～

申請書のマイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入のうえ、本人確認書類を「本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書※1」に貼付し、申請書に添付してください。 ※1 協会けんぽホームページでダウンロードすることができます。

本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

本人確認書類貼付台紙
マイナンバーによる課税情報等の確認申出書

マイナンバーカード(個人番号カード)をお持ちの場合

マイナンバーカードをお持ちでない場合

マイナンバーカードをお持ちでない場合

マイナンバーカードをお持ちでない場合

本人確認書類 貼付台紙

のりしろ

番号確認書類

のりしろ

身元確認書類

本人確認書類

- マイナンバーカード(個人番号カード)をお持ちの場合
 - Ⓐ 番号確認を行うための書類: マイナンバーカードの裏面コピー
 - Ⓑ 身元確認を行うための書類: マイナンバーカードの表面(写真のある面)のコピー
- マイナンバーカード(個人番号カード)をお持ちでない場合
 - Ⓒ 番号確認を行うための書類: ○個人番号の通知カードのコピー(記載情報と現況に相違のないもの)
 - 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
 - Ⓓ 身元確認を行うための書類: ○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

※低所得者Ⅰの場合は、被保険者および被扶養者全員の書類添付が必要です。

●○●マイナンバーをお持ちでない方及びマイナンバーを記入されない方●○●

被保険者の住民税の(非)課税証明書を添付するか、申請書の市区町村長が証明する欄に証明を受けてください。