

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 2

ページ



※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ヶ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 (申請者)情報	記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	1.昭和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 2.平成 <input type="text"/> 3.令和 <input type="text"/>	
	個人番号 (マイナンバー)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	記号・番号をご記入(印字)された場合は個人番号(マイナンバー)のご記入は必要ありません。(記入(印字)された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)	
	氏名 (カタカナ)	<input type="text"/>		
	姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。	※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、相続人よりご申請ください。		
郵便番号 (ハイフン除く)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	電話番号 (左づめハイフン除く)	<input type="text"/>	
住所	都道府県			

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	<input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない	「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は不要です。	
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。			
	金融機関名称	<input type="radio"/> 銀行 <input type="radio"/> 金庫 <input type="radio"/> 信組 <input type="radio"/> 農協 <input type="radio"/> 漁協	支店名	<input type="radio"/> 本店 <input type="radio"/> 支店 <input type="radio"/> 代理店 <input type="radio"/> 出張所 <input type="radio"/> 本店営業部 <input type="radio"/> 営業部 <input type="radio"/> 本所 <input type="radio"/> 支所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)	<input type="text"/>	

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。
ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

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

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1.記入有(添付あり) 2.記入有(添付なし) 3.記入無(添付あり)				受付日付印	
添付書類	所得証明	<input type="checkbox"/> 1.添付 2.不備	戸籍 (法定代理)	<input type="checkbox"/> 1.添付	口座証明	<input type="checkbox"/> 1.添付	
			その他	<input type="checkbox"/> 1.その他	(理由)	枚数	<input type="text"/> <input type="text"/>
6 4 1 1 1 1 0 3							(2026.1)



全国健康保険協会
協会けんぽ

1 / 2

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

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

1

2

ページ

被保険者氏名

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。

① 診療年月	令和 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月	高額療養費は月単位でご申請ください。 左記年月に診療を受けたものについて、下記項目をご記入ください。	
受診者 氏名			
② 受診者 生年月日	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和	<input type="checkbox"/> 1. 昭和 <input type="checkbox"/> 2. 平成 <input type="checkbox"/> 3. 令和
申請 内容	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
医療機関 (薬局) の名称			
③ 医療機関 (薬局) の所在地			
④ 病気・ ケガの別	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ	<input type="checkbox"/> 1. 病気 <input type="checkbox"/> 2. ケガ
⑤ 療養を 受けた 期間	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日
⑥ 支払額 (右づめ)	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円	<input type="text"/> 円

「①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、「①診療年月」以外の直近3か月分の診療年月をご記入ください。

① 診療年月 1 令和 年 月 2 令和 年 月 3 令和 年 月

⑧ 非課税等	<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> を入れてください。 ただし、非課税であっても、「低所得」にならない場合(記入の手引き参照)は、 <input type="checkbox"/> は不要です。
「⑧非課税等」に <input type="checkbox"/> された方は、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ので、以下に当てはまる郵便番号をご記入ください。 診療月が1月～7月の場合：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：本年1月1日時点の被保険者の住民票住所の郵便番号 詳しくは「記入の手引き」をご確認ください。		
情報 照会	被保険者 ⑨ 郵便番号 (ハイフン除く) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
⑩ 希望しない	<input type="checkbox"/>	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 <input type="checkbox"/> 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 1 1 0 3