

^{被保険者} 健康保険 被扶養者 **高額療養費** 支給申請書 記入の手引き

医療機関に支払った1か月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。

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

・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・ ・	撤養費 支給中間書	1 2 4-0
STREET, STATE STREET, ST. ACCOUNT.		NOTE OF THE PERSON AND THE PERSON AN
oses	######################################	Berighanian.
722		
122		1
• 1 D::	D::	□:=
• III III.	□-□	□ □.
o.ma 0.ma 1.ma 1.ma 1.ma 1.ma 1.ma 1.ma 1.ma 1		
0 max	D	12(2)(10)(.
0.000	emeganistrovicis, ando granis	estivación Zalancian.
Service and a se		
0.000		
969.4cm 117-cm 400, 1660.5	englandinagin Zelantidan. Hang Suddenheitzun den.	
-	Р апинимия	- T

申請書は、被保険者ご自身が ご記入ください。

被保険者が亡くなられている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類(※1)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。)

■自己負担限度額 の所得区分が 低所得になる方	■低所得者 (70歳未満)(※3)	●被保険者の(非)課税証明書(マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合のみ提出が必要です)(※2) 療養を受けた期間により、提出する(非)課税証明書の年度が異なります。 ・令和5年8月診療分~令和6年7月診療分:令和5年度(令和4年中の収
	■低所得者 II (70歳以上)(※3)	 (市和3年6月26度分・市和3年度(市和4年中の収入)の(非)課税証明書 ・令和6年8月診療分~令和7年7月診療分:令和6年度(令和5年中の収入)の(非)課税証明書
	■低所得者 I (70歳以上)(※3)	●被保険者および被扶養者全員の(非)課税証明書(マイナンバーを利用した情報照会を希望しない場合のみ提出が必要です)(※2)療養を受けた期間により、提出する(非)課税証明書の年度が異なります。 ・令和5年8月診療分~令和6年7月診療分:令和5年度(令和4年中の収入)の(非)課税証明書 ・令和6年8月診療分~令和7年7月診療分:令和6年度(令和5年中の収入)の(非)課税証明書
	■「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」

▼上記の添付書類の他、以下のケースに該当する場合、追加で添付書類が必要です。

■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) 給付金の支給決定後は、ご提出いただいた書類の返却はできません。
- ※2)マイナンバーを利用した情報照会を希望する場合でも、協会けんぽがマイナンバーを未収録である場合や、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になる場合があります。
- ※3) 詳細は、4ページの「4 低所得者について」をご覧ください。

次ページに記入例があります。

ご提出・お問い合わせ先

記入例 高額療養費 支給申請書



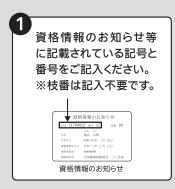
協会けんぽ

検索



・申請書は、楷書で枠内に丁寧にご記入ください。 | 記入見本 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | ア | イ | ウ |

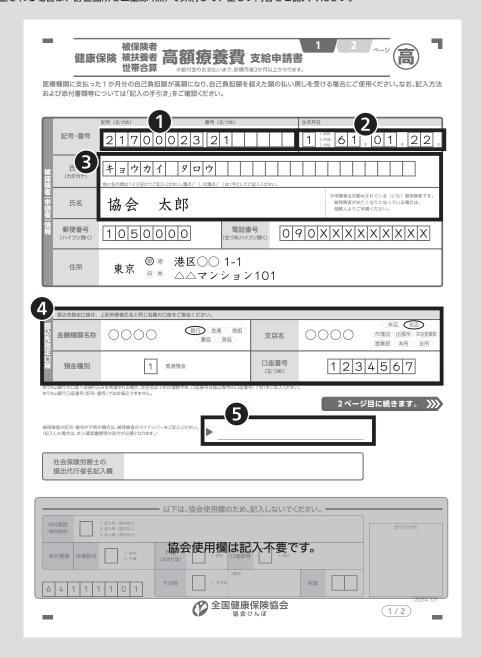
- ・生年月日、日付が一桁の場合は、左のマスを0で埋めてください。
- ・訂正される場合は、訂正箇所を二重線(黒)で抹消して、正しい内容をご記入ください。



- 2 被保険者の生年月日を ご記入ください。
- 3 家族(被扶養者)が受診 した場合でも、被保険者 の氏名をご記入ください。

被保険者の氏名(カタカナ)もご記入ください。なお、被保険者の氏名(カタカナ)は、振込手続き時に使用します。

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 氏名と氏名(カタカナ)を ご記入ください。(住所も 同様です。)



4 被保険者(申請者)名義の口座情報をご記入ください。

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)・口座番号をご記入ください。

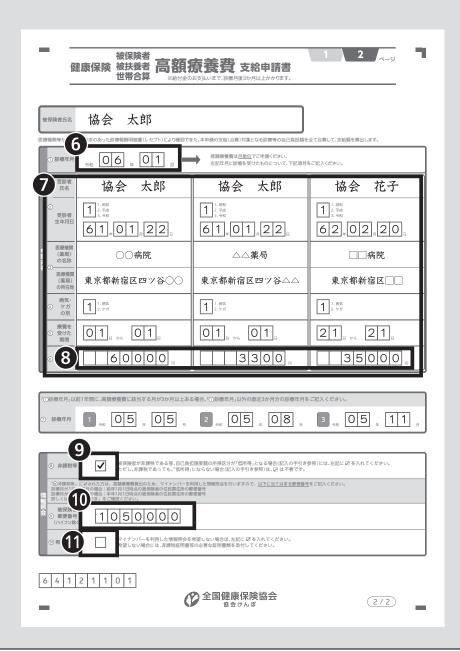
	振込夫指定口座は、上記中請者氏名と同じ名義の口座をど指定ください。			
振込先指	金融機関名称	ゆうちょ 🕮 🚌 👊	支店名	二三八 作成 出版所 458年日
	預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)	1234567

- **5** 被保険者のマイナンバーは、**①の記号と番号が不明の場合のみ**ご記入ください。
 - なお、被保険者の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(※1)。本人確認書類貼付台紙(※2)に、
 ⑦ ⑦ の両方を貼付のうえ、申請書に添付してください。
 - ⑦ 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、被保険者の個人番号が記載された住民票か住民票記載事項証明書
 - (※1) 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。
 - (※2) 協会けんぽのホームページでダウンロードすることができます。

6 高額療養費の申請は、ひ と月(1日から末日)単位 でご記入ください。月をま たいだ申請や複数月を 記入しての申請はできま せん。

受診者ごとに、医療機関、 薬局別にご記入ください。 なお、医療機関を4か所 以上受診されている場合、 続紙として白紙の高額療 養費支給申請用紙(2 ページ目)をご用意いた だき、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。)

8 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。



- 9 裏面「◢ 低所得者について」をご確認のうえ、いずれかに該当する場合は☑を入れてください。 なお、70才未満の方は標準報酬月額53万円以上、70才以上の方は標準報酬月額28万円以上で高齢受給者証の負担割合が3割の 場合は対象外のため、☑は不要です。
- 10) ⑨「非課税等」に図をした場合、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。) 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 令和6年8月~令和7年7月診療分:令和6年1月1日時点の住民票住所の郵便番号
- **11** 裏面「邳 低所得者について」のいずれかに該当し、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。 ・令和5年8月診療分~令和6年7月診療分:令和5年度(令和4年中の収入)の(非)課税証明書
 - ・令和6年8月診療分~令和7年7月診療分:令和6年度(令和5年中の収入)の(非)課税証明書

なお、他の申請において、(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて添付いただく必要はありません。

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。

■ 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 **図 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		1	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

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

B 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、協会けんぽのホームページをご覧ください。

④医科と⑤歯科の別ごと

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)	・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)	・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
(※2)	・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)	・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
(※2)	・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。

申請期限

健康保険給付を受ける権利は、受けることができるようになった日の翌日(消滅時効の起算日)から2年で時効になります。 高額療養費の消滅時効の起算日は、診療月の翌月1日です。