

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



※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、自己負担限度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・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	個人番号 (マイナンバー)			1. 昭和 2. 平成 3. 令和
	氏名 (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。		
	氏名	※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)	電話番号 (左づめハイフン除く)		
	住所			

振込先指定口座	公金受取口座の利用について	1. 希望する 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。
	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名 本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所
	預金種別	1 普通預金	口座番号 (左づめ)

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

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 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)		
添付書類	所得証明 1. 添付 2. 不備	戸籍 (法定代理) 1. 添付	口座証明 1. 添付
6 4 1 1 1 1 0 3	その他 1. その他 (理由)	枚数	

受付日付印

(2026.1)

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

※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"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <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="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <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="text"/> 1. 病気 2. ケガ	<input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ
⑤ 療養を受けた期間	<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日	<input type="text"/> <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> <input type="text"/> 日
⑥ 支払額(右づめ)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 円	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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。

⑦ 診療年月	1 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	2 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> は不要です。
情報照会	「⑧非課税等」に <input checked="" 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。
⑨ 被保険者郵便番号(ハイフン除く)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <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 checked="" 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