

年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

記入例 申請区分①の場合

1	申請区分 いずれかに☑をつけてください。	☒ ①年間の高額療養費の支給 ☐ ②自己負担額証明書の交付		申請対象年度 令和 6 年度		枚目	
			対象となる計算期間 6 年 8 月 1 日 ~ 7 年 7 月 31 日				
申請者に係る記	フリガナ	キョウカイ タロウ			保険者名 加入期間 添付の自己負担額証明書整理番号	1 全国健康保険協会 〇〇支部 6 年 8 月 8 日 から 6 年 10 月 31 日 まで 2 〇〇健康保険組合 6 年 11 月 1 日 から 7 年 1 月 31 日 まで 3 全国健康保険協会 〇〇支部 7 年 2 月 1 日 から 7 年 7 月 31 日 まで ※1 計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2	
	申請者氏名	協会 太郎					
	申請者住所	〒 105 - 0000 東京都△△区△△1-1 〇〇マンション101					
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇 年 3 月 9 日	性別				
4	記号・番号	21700023 - 21		電話	090 (1234) 5678		
被扶養者に係る記入欄	フリガナ	キョウカイ ハナコ			保険者加入歴 ※3	1 全国健康保険協会 〇〇支部 6 年 8 月 1 日 から 6 年 10 月 31 日 まで 2 〇〇健康保険組合 6 年 11 月 1 日 から 7 年 1 月 31 日 まで 3 全国健康保険協会 〇〇支部 7 年 2 月 1 日 から 7 年 7 月 31 日 まで	
	被扶養者氏名	協会 花子					
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇 年 1 月 18 日	性別				
	フリガナ	キョウカイ シロウ					
	被扶養者氏名	協会 次郎					
	生年月日	昭和・平成・令和 〇〇 年 7 月 3 日	性別				
	70歳以上の被扶養者の方 をご記入ください						
	被保険者のマイナンバー記載欄 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3 別途、「本人確認書類貼付台紙」を添付してください。						
	受取代理人の欄 住所 氏名 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委託します。 令和 年 月 日 (フリガナ) 代理人の氏名 委任者と代理人との関係 代理人の住所 〒 - 電話 ()						
	振込先口座	金融機関 〇〇 銀行・金庫 信組・農協 その他()	〇〇 本店・支店 出張所 本所・支所	預金種別 ①: 普通 3: 別段 2: 当座 4: 通知			口座番号 9 9 × × × 9 9
社会保険労務士の 提出代行者名記載欄 (06.12)				申請年月日 令和 年 月 日 受付年月日			

- 1
7月31日時点で加入していた協会けんぽ支部への年間の高額療養費の申請の場合、①にチェック☑をつけてください。
- 2
申請対象年度・対象となる計算期間
(例)
令和6年度⇒令和6年8月1日～令和7年7月31日
令和7年度⇒令和7年8月1日～令和8年7月31日
- 3
「申請者氏名」は、被保険者ご本人様のお名前を記入してください。

「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に70歳以上であった被扶養者のお名前を記入してください。
- 4
資格情報のお知らせ
記号 21700023 番号 21 扶養 00
記号 協会 太郎
生年月日 昭和 61年 1月 22日
資格取得年月日 令和 〇年 〇月 〇日
保険者番号 99999999
保険者名称 全国健康保険協会 〇〇支部
資格情報のお知らせに
記載されている記号・番号を
記入してください。
- 5
計算期間中に、加入していた医療保険(協会けんぽの他の都道府県支部を含む)の、保険者名・加入期間を記入してください。
- 6
計算期間中に加入していた医療保険(協会けんぽの他の都道府県支部含む)から発行された、自己負担額証明書の整理番号を記入してください。ただし、マイナンバーによる情報連携を希望される場合、または、その対象期間における自己負担額がない場合は記入不要です。
- 7
マイナンバーによる情報連携により、自己負担額証明書及び(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認書類が必要です、(申請書裏面参照)
- 8
申請者以外の口座に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。
- 9
金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人(フリガナ)をもれなく記入してください。

の箇所については該当する場合に記入してください。

年間の高額療養費支給申請書兼自己負担額証明書交付申請書

記入例
 申請区分②の場合

1

申請区分

①年間の高額療養費の支給

☒

②自己負担額証明書の交付

申請対象年度

令和 7 年度

対象となる計算期間

7 年 8 月 1 日 ~ 8 年 7 月 31 日

枚目

／

申請者に係る記入欄

フリガナ

キョウカイ タロウ

申請者氏名

協会 太郎

申請者住所

〒 105 - 0000 東京都△△区△△1-1 ○○マンション101

生年月日

昭和・平成・令和 〇〇 年 3 月 9 日

性別

記号・番号

21700023 - 21

電話

090 (1234) 5678

保険者名

加入期間

添付の自己負担額証明書整理番号

1

年 月 日 から

2

年 月 日 から

3

年 月 日 から

※1

計算期間の末日において加入する医療保険者の名称 ※2

5

〇〇健康保険組合

被扶養者に係る記入欄

フリガナ

キョウカイ ハナコ

被扶養者氏名

協会 花子

生年月日

昭和・平成・令和 〇〇 年 1 月 18 日

性別

フリガナ

キョウカイ シロウ

被扶養者氏名

協会 次郎

生年月日

昭和・平成・令和 〇〇 年 7 月 3 日

性別

保険者名

加入期間

添付の自己負担額証明書整理番号

1

年 月 日 から

2

年 月 日 から

3

年 月 日 から

※3

〇〇健康保険組合

70歳以上の被扶養者の方をご記入ください

受取代理人の欄

住所

令和 年 月 日

氏名

(フリガナ) 代理人の氏名

委任者と代理人との関係

代理人の住所 〒 - 電話 ()

6

被保険者のマイナンバー記載欄

1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3

別途、「本人確認書類貼付台紙」を添付してください。

8

口座番号

フリガナ

キョウカイ タロウ

振込先口座

金融機関

〇〇 銀行・金庫 信組・農協

〇〇 本店・支店 出張所 本所・支所

預金種別

1 普通 3：別段 2：当座 4：通知

9 9 × × × 9 9

口座名義人

協会 太郎

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

申請年月日 令和 年 月 日

受付年月日

- 1

7月31日時点では協会けんぽに加入しておらず、計算期間中に協会けんぽの加入期間がある場合②にチェック☑をつけてください。
- 2

申請対象年度・対象となる計算期間
 (例)
 令和6年度⇒令和6年8月1日～令和7年7月31日
 令和7年度⇒令和7年8月1日～令和8年7月31日
- 3

「申請者氏名」は、被保険者ご本人様のお名前を記入してください。
- 4

「被扶養者氏名」は、対象となる計算期間中に70歳以上であった被扶養者のお名前を記入してください。
- 5

協会けんぽに加入していた当時にお持ちだった、資格情報のお知らせに記載されている記号番号を記入してください。わからない場合は、別紙「加入履歴申出書」を記入し、申請書に添付してください。
- 6

7月31日時点で加入していた医療保険者の名称を記入してください。
- 7

被保険者が住民税が非課税の方であって、マイナンバーによる情報連携により、(非)課税証明書の添付を省略する場合は、被保険者のマイナンバーを記入してください。マイナンバーを記入した場合は、別途本人確認書類が必要です、(申請書裏面参照)
- 8

申請者以外の口座に振込を希望する場合は、「受取代理人の欄」の記入が必要です。
- 9

金融機関名、預金種別、口座番号、口座名義人(フリガナ)をもなく記入してください。

(06.12)
 の箇所については該当する場合に記入してください。