

記入漏れや記入不備を減らすための 高額療養費支給申請書の記入のポイント

1ページ目：被保険者記入欄

△申請書は複製禁止です。

申請書はダウンロードまたは協会けんぽが郵送したものをお使いください。スムーズにお支払いさせていただくために、ご協力をお願いいたします。

健康保険 被保険者 高額療養費 支給申請書

1 ページ (高)

医療機関に支払った1か月分の自己負担額が高額になり、自己負担額を超え、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。

被保険者証 記号(左づめ) 21700023 1 番号(左づめ) 2 01 05 10 生年月日

氏名(カタカナ) キョウカイ タロウ

氏名 協会 太郎

郵便番号(ハイフン除く) 3100000 電話番号(左づめ/ハイフン除く) 029XX XX0000

住所 茨城 水戸市001-1△△マンション101

ゆうちょ銀行をご利用の場合

振込先指定口座は、上記中欄各氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名称 ゆうちょ 支店名 〇六八

預金種別 1 普通預金 口座番号(左づめ) 1234567

ゆうちょ銀行以外をご利用の場合

振込先指定口座は、上記中欄各氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名称 ○ ○ 支店名 ▲ ▲

預金種別 1 普通預金 口座番号(左づめ) 1234567

2ページ目へ続きます。 >>>

被保険者証の記号番号が不明の場合は、被保険者のマイナンバーをご記入ください。(記入した場合は、本人確認書類等の添付が必要となります。)

社会保険労務士の

！記号番号注意

健康保険 本人(被保険者) 00487
被保険者証 令和2年4月10日交付 (後券)00
記号 21700023 番号 1

氏名 協会 太郎
生年月日 平成 元年 5月 10日
性別 男
資格取得年月日 令和 2年 4月 1日

事業所名称 株式会社○○○○○○○○
保険者番号 9999999999
保険者名称 全国健康保険協会 ○○支部
保険者所在地 ○○市○○町9-99-99

！勘違い注意

受診者がご家族(被扶養者)の場合も、**被保険者**の氏名・生年月日を記入してください。

！記入漏れ注意

振込先指定口座は漏れなく記入してください。

！記入不備注意

ゆうちょ銀行をご指定の場合は、振込用の漢数字3桁(〇六八など)で記入してください。

！記入不備注意

支店・出張所などの記入間違いが発生しています。正確にご記入ください。

！記入不備注意

口座番号
被保険者ご本人の氏名と同じ名義の口座番号をご記入ください。

【被保険者が亡くなられ、相続人の方が請求する場合】
被保険者情報欄の氏名には、被保険者の相続人の方の氏名を記入してください。(住所・振込口座も同様です。)
※生年月日欄は「被保険者」の生年月日を記入してください。
※**被保険者の相続人であることを確認できる戸籍謄本**等の添付が必要です。(申請できる方は相続順位が一番高い方になります)

被保険者証の記号番号を記入いただいた場合、**マイナンバーの記入は不要**です。
※マイナンバーを記入いただいた場合、身元確認を行うための書類と番号確認を行うための書類の添付が必要です。これらの添付がない場合は、申請書をお返すこととなりますので、ご注意ください。

2ページ目:被保険者記入欄

※**対象となる病院や薬局が3か所以上ある場合**には、この2ページ目のみを複数枚作成のうえ、併せてご提出ください

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。

！記入漏れ注意

被保険者氏名を記入

高額療養費の申請は、**月（1日から末日）単位**で申請してください。
 ※月をまたいだり、複数月の申請をまとめて行うことは不可。

！記入必須

受診者が本人・ご家族にかかわらず、必ずご記入ください。

！記入漏れ注意

記入漏れが多い箇所です。記入がないと返却となりますので、必ずご記入ください。

医療機関・医科・歯科・入院・通院・薬局ごとに記入してください。

！記入不備注意

療養を受けた期間は、**月単位（1日から末日）**で申請してください。**①診療年月**と同じ月分のみご記入ください。
 ※月をまたがっての申請はできません。
 療養を受けた期間の詳細な日付が不明な場合は、1日から末日を記入してください。

01 日から 31 日

被保険者氏名 **協会 太郎**

診療年月 令和 05 年 01 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。

① 診療年月	協会 太郎	協会 太郎	協会 花子
② 受診者氏名	協会 太郎	協会 太郎	協会 花子
③ 受診者生年月日	2 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 01 年 05 月 10 日	2 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 01 年 05 月 10 日	1 1. 昭和 2. 平成 3. 令和 62 年 02 月 20 日
④ 医療機関(薬局)の名称	〇〇総合病院	〇〇薬局	〇〇総合病院
⑤ 医療機関(薬局)の所在地	水戸市□□-〇〇	水戸市△△-□□	水戸市〇〇△-△
⑥ 病状・ケガの別	1 1. 病気 2. ケガ	1 1. 病気 2. ケガ	2 1. 病気 2. ケガ
⑦ 療養を受けた期間	01 日から 01 日	01 日から 01 日	01 日から 31 日
⑧ 支払額(右づめ)	400500 円	30000 円	25000 円

こちらに記入していただく金額は、領収書の一部負担金の金額となります。(**□** の部分。)

※保険適用外の金額や食事療養費の金額は除いてご記入ください。(**□** の部分)

領収書(例) (※領収書は医療機関ごとに異なります。)

患者番号 12345 氏名 協会 太郎 様 請求期間(入院の場合) 令和4年3月3日 ~ 令和4年3月25日

領収書No.	費用区分	負担割合	入・外	本・差	診療科
100		3割	入院	本人	〇〇科

保険	初・再診療	入院料等	医学管理等	在宅医療	検査	画像診断	投薬
	0点	19,600点	5,000点	0点	7,000点	9,000点	500点
	注射	リハビリテーション	精神科専門療法	処置	手術	麻酔	放射線治療
	2,000点	400点	0点	15,000点	50,000点	22,000点	0点
	病理診断	その他					
	3,000点	0点					

保険外	室料差額	文書料	分娩料	新生児介助料	分娩セット	選定療養費等	病衣・その他
	55,000円	0円	0円	0円	0円	0円	0円

保険内点数	負担率	一部負担金①	保険外合計金額②	食事療養③	請求金額(①+②+③) (領収金額)	領収印
133,500点	3割	400,500円	55,000円	6,500円	462,000円	印

茨城県水戸市□□-〇〇
〇〇総合病院

① 非課税等 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 を入れてください。

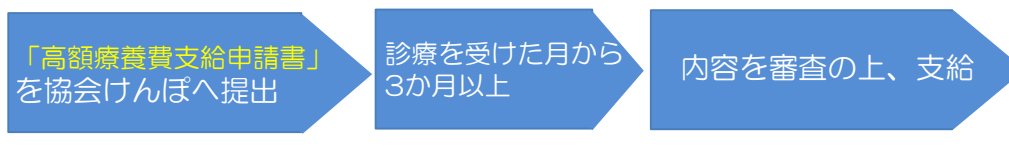
② 被保険者番号(マイナンバー)

③ 希望しない 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 を入れてください。希望しない場合は、非課税証明書等の必要な証明書類を添付してください。

① 自己限度額の所得区分が「低所得」となる場合は、必ずチェックをお願いします。

② ①をチェックした方は、必ずご記入をお願いします。

申請の流れ



！『領収書のコピー』の添付は必要ありません。
 (ただし、他の公的制度から医療費の助成を受けている場合は添付が必要になります。)