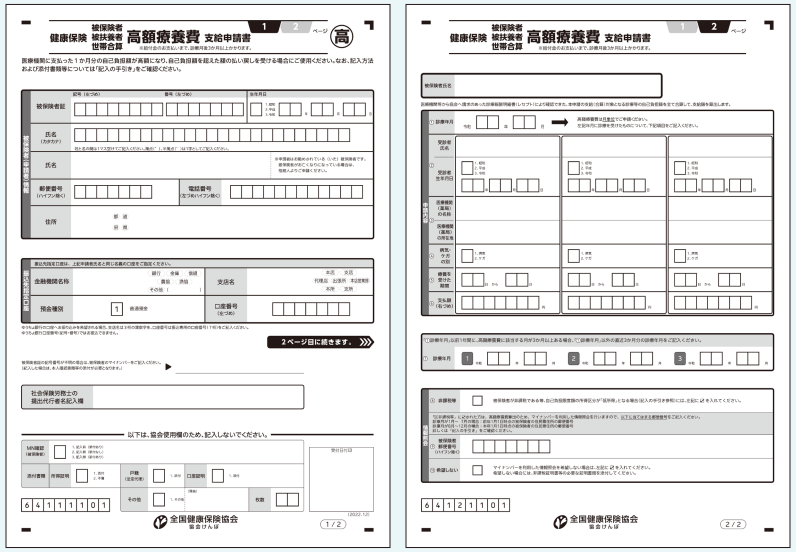
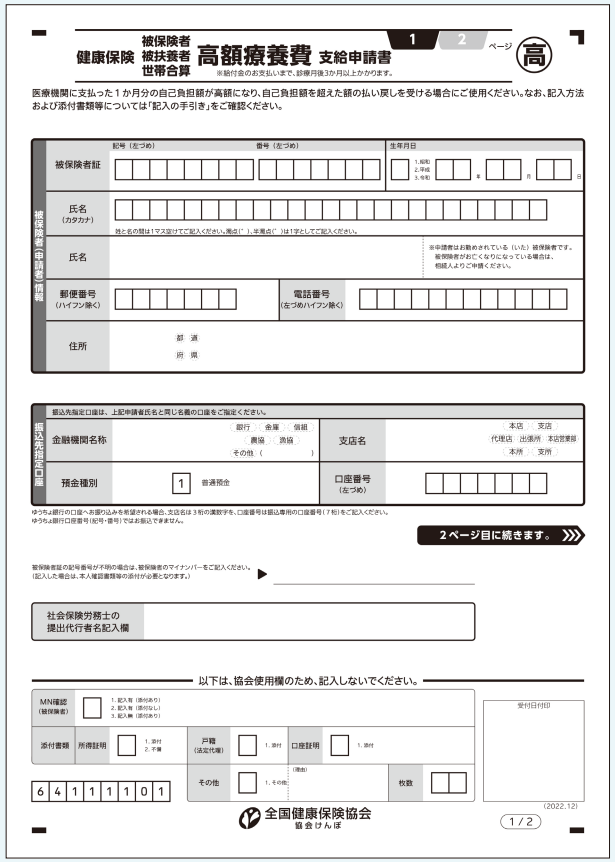
健康保険給付金申請書の不備事例
～ 高額療養費 編 ～


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

全国健康保険協会 協会けんぽ

全国健康保険協会 岩手支部
協会けんぽ

申請書の構成（1/1）



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 1 2 ページ 高

※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か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

被保険者証　記号（左づめ）　番号（左づめ）　生年月日　1. 昭和 2. 平成 3. 令和　年　月　日

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（゛）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。被保険者がおこなくなっている場合は、相談入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　都 道 府 県

振込先指定口座

振込先指定口座は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご指定ください。

金融機関名称　銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他（　）　支店名　本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 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。

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. 不要　戸籍（法定代理）　1. 添付　口座証明　1. 添付　その他　1. その他（理由）　枚数

受付日付印

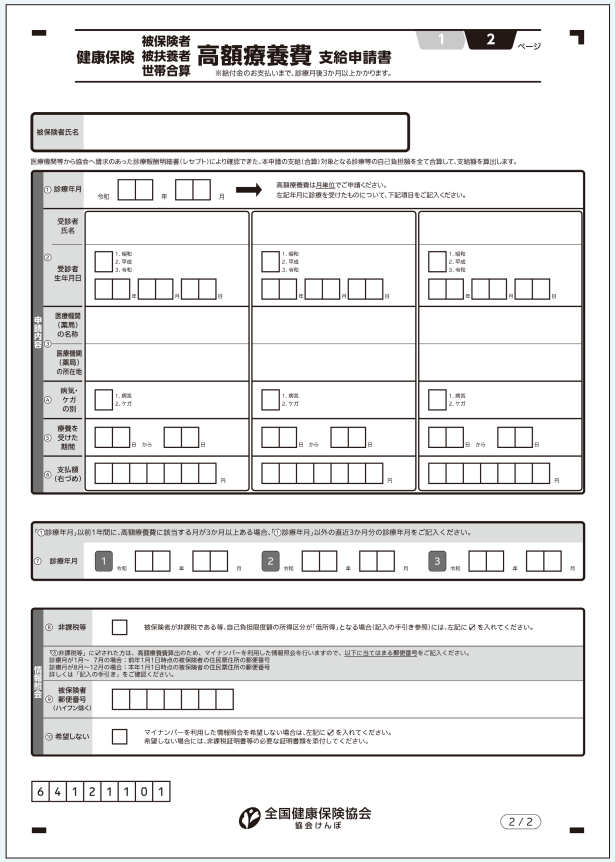
6 4 1 1 1 1 0 1

（2022.12）

全国健康保険協会 協会けんぽ

1 / 2

１ページ目　被保険者記入欄
（被保険者情報、振込先口座）



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。

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。

申請内容

① 診療年月　令和　年　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。

② 受診者氏名

② 受診者生年月日　1. 昭和 2. 平成 3. 令和

③ 医療機関（薬局）の名称

医療機関（薬局）の所在地

④ 病気・ケガの別　1. 病気 2. ケガ

⑤ 療養を受けた期間　日 から 日

⑥ 支払額（右づめ）　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。

② 診療年月　1 令和　年　月　2 令和　年　月　3 令和　年　月

情報提供

④ 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。

「④非課税等」に記された方は、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。

⑤ 被保険者郵便番号（ハイフン除く）

⑤ 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 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

2 / 2

２ページ目　被保険者記入欄
（申請内容）