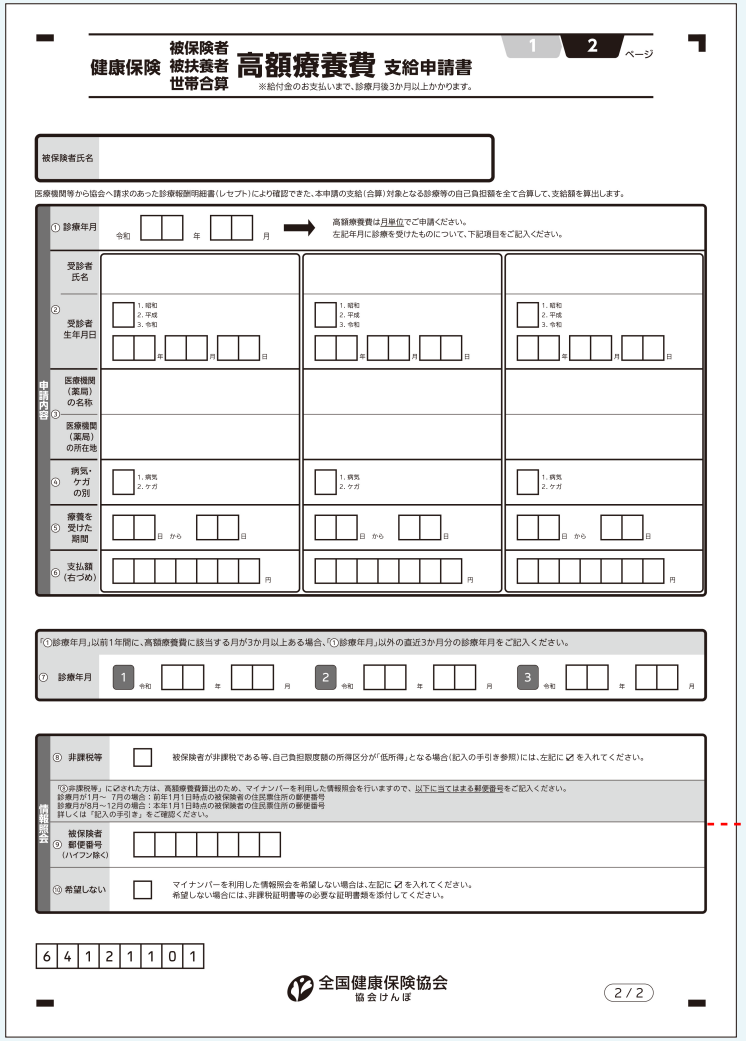
3. 情報照会欄の不備（1/1）



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

※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。

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。

申請内容

② 受診者氏名			
受診者生年月日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日	1. 昭和 2. 平成 3. 令和 年 月 日
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	1. 病気 2. ケガ	1. 病気 2. ケガ
⑤ 療養を受けた期間	日 から 日	日 から 日	日 から 日
⑥ 支払額（右づめ）	円	円	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 年 月 2 令和 年 月 3 令和 年 月

情報照会

⑧ 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。

「⑧非課税等」に☑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。

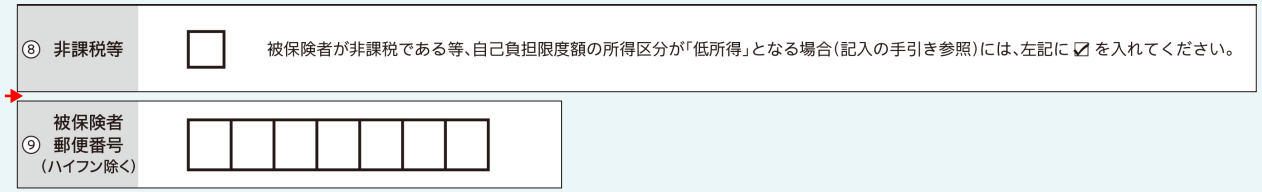
⑨ 被保険者郵便番号（ハイフン除く）

⑩ 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



⑧ 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。

⑨ 被保険者郵便番号（ハイフン除く）

事例１．「⑧非課税等」の枠内に ✓ を付けたが
「⑨被保険者郵便番号」への記入漏れ

⑧に ✓ を付けた場合は、必ず⑨の郵便番号を正確にご記入ください。
なお、非課税等に該当しない場合は「情報照会欄」の記入は不要です。