

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 記入の手引き

1か月の自己負担額が一定の額を超えた場合、超えた額が払い戻しされます。

申請書は2ページです。漏れなく正確にご記入ください。

1/2ページ

2/2ページ

申請書は被保険者ご自身がご記入ください。

被保険者が亡くなっている場合は、相続人の方が申請者としてご記入ください。

添付書類をご用意ください。(コピーと指定していないものは、原本が必要です。)

以下に当てはまる場合に添付いただくもの (詳しくは協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせください)

自己負担限度額の所得区分が低所得者になる方	● 低所得者の添付書類について	
	所得区分	添付書類
	低所得者	マイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入し、本人確認書類を添付してください。当協会にて課税情報を確認します。 ※詳細については、最終ページの「マイナンバーの記入・添付書類について」をご確認ください。
	低所得者II	
	低所得者I	被保険者および被扶養者全員の所得額がわかる書類 (所得証明書など)
	<p>○4月から7月診療分については前年度の証明が、8月から翌年3月診療分については当年度の証明が必要になります。</p> <p>(例)</p> <ul style="list-style-type: none"> 平成30年8月診療分～令和元年7月診療分：平成30年度(平成29年中収入)の証明書 令和元年8月診療分～令和2年7月診療分：令和元年度(平成31年度)(平成30年中収入)の証明書 <p>○他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。</p>	
	「限度額適用・標準負担額減額認定」の適用を受け、ことにより生活保護を必要としなくなる方	「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」(いずれもコピーで可)
ケガ(負傷)の場合	「負傷原因届」 ※	
第三者による傷病の場合	「第三者行為による傷病届」 ※	
公的制度から医療費の助成を受け、窓口負担が減額されている方	助成を受けた診療についての、医療機関からの領収書のコピー	
被保険者が亡くなれば、相続人の方が請求する場合	被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等	

※協会けんぽのホームページから印刷できます。(印刷環境がない場合は、協会けんぽ都道府県支部までご連絡ください。)

ご提出・お問い合わせ先

次ページに記入例があります。➔

保険証に記載されている協会けんぽ都道府県支部に郵便でご送付ください。(窓口でも受け付けます)
*各支部の所在地・電話番号などは、協会けんぽホームページをご覧ください。



協会けんぽ

検索

1 記号・番号は、保険証に記載されています。



2 家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。

被保険者が亡くなられて、相続の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。(住所・振込口座も同様です。)

※生年月日欄は「被保険者」の生年月日をご記入ください。

被保険者 健康保険 被扶養者 世帯合算 **高額療養費 支給申請書**

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

1 2 ページ **高**

被保険者記入用

記入方法および添付書類等については、「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 記入の手引き」をご確認ください。申請書は、楷書で枠内に丁寧に記入してください。

記入見本 01123456789アイウ

被保険者情報	記号	番号	生年月日	
	被保険者証の(左づめ)	21700023 21	1	611022
	氏名・印	キョウカイ タロウ		協会太郎
	住所	〒1050000	東京 港区	1-1 △△マンション101
	電話番号 (日中の連絡先) ※ハイファン除く	TEL 03XXXXXX		
振込先指定口座	金融機関名称	3	〇〇〇〇	〇〇〇〇
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1234567
	口座名義	キョウカイ タロウ		口座名義の区分 1

「2」の場合は必ず記入・押印ください。(押印省略不可)

受取代理人の欄	被保険者	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。
	代理人 (口座名義人)	氏名・印 住所 「被保険者情報」の住所と同じ TEL (ハイファン除く) 住所 (フリガナ) 氏名・印

「被保険者記入用」は2ページに続きます。>>>

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者が非課税の場合は、被保険者のマイナンバーを記入し、本人確認書類を添付してください。詳細は「記入の手引き」をご覧ください。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

様式番号 協会使用欄

1

全国健康保険協会 協会けんぽ

(2019.5) 受付日付印

1/2

3 ゆうちょ銀行の口座を希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の店名(漢数字3文字)・預金種目・口座番号をご記入ください。

金融機関名称	ゆうちょ	〇〇〇〇	二三八	本店
預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 1234567	左づめで記入ください。
口座名義	キョウカイ タロウ		口座名義の区分	1

4 被保険者本人が市区町村住民税非課税者であり、平成29年8月以降の診療月分について申請する場合は、被保険者のマイナンバーを記入し、本人確認書類を「本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」に貼付※1のうえ、申請書に添付※2してください。当協会にて課税情報を確認いたします。

※1 最終ページの「マイナンバーの記入・添付書類について」をご確認ください。

※2 行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定められています。

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

※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。

被保険者氏名 協会 太郎

5 高額療養費の申請について、月(1日から末日)を単位にご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入しての申請はできません。

6 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。

申請内容	1 診療月	5 1 1.平成 2.令和 3 0 0 4		[左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局、入院・通院別等)にご記入ください。]	
	2 受診者	1. 被保険者	1 1. 被保険者	2 1. 被保険者	
		2. 家族(被扶養者)	2. 家族(被扶養者)	2. 家族(被扶養者)	
	家族の場合はその方の	氏名	協会 花子		
	1.昭和 2.平成 3.令和	生年月日	1 1.昭和 2.平成 3.令和 4 9 0 5 0 6		
	3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称	△△総合病院	◇◇薬局	〇〇総合病院
	所在地	所在地	東京都△△区△-△	東京都〇〇区◇-◇	東京都〇〇区〇-〇
4 病気・ケガの別	ケガ(負傷)の場合は食傷原因書を併せてご提出ください。	1 1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)	1 1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)	2 1. 病気(異常分擔含む) 2. ケガ(負傷)	
	療養を受けた期間	1 1.平成 2.令和 3 0 0 4 1 6 ~ 2 6	1 1.平成 2.令和 3 0 0 4 1 6 ~ 2 6	1 1.平成 2.令和 3 0 0 4 0 7 ~ 2 5	
入院通院の別	2 1. 入院 2. 通院・その他	2 1. 入院 2. 通院・その他	2 1. 入院 2. 通院・その他	1 1. 入院 2. 通院・その他	
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	自己負担額が不明の場合は支払った総額	2 1 0 0 0 円	7 8 0 0 円	4 4 4 0 0 円	
	6 他の公的制度から、医療費の助成を受けていますか	2 1. はい 2. いいえ	2 1. はい 2. いいえ	2 1. はい 2. いいえ	
7 医療機関等で支払った金額おとしい	はいの場合	助成を受けた制度の名称	自己負担分の助成の内容	自己負担分の助成の内容	
	2 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり※	
7 限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無	2 1. 有 2. 無	2 1. 有 2. 無	2 1. 有 2. 無	1 1. 有 2. 無	

6

7

※一部自己負担ありの場合、領収書の添付が必要になります。

1の診療月以前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、直近3か月分の診療月をご記入ください。

8 診療月 1 1 1.平成 2.令和 2 9 0 8 2 1 1.平成 2.令和 2 9 1 1 3 1 1.平成 2.令和 2 9 1 2

被保険者本人が市区町村住民税非課税者でマイナンバーを記入されない場合や、被保険者本人が市区町村住民税非課税者で平成29年7月以前の診療月分の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区町村長が証明する欄 当該被保険者は 1.平成 2.令和 年度の 市区町村長名 市区町村長が証明する欄 市区町村長が証明する欄 市区町村長が証明する欄

様式番号

7 医療機関等で支払った額のうち保険診療分の金額(差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などを除いた額)を記入してください。保険診療分の金額が明確でないときは、医療機関等の窓口で支払った金額を下段にご記入ください。なお、調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含むため、上記の申請書の記入例では、△△総合病院で発行された処方箋により調剤を行った◇◇薬局の分を申請しています。

高額療養費の支給要件等

詳細やご不明な点は、協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせいただくか、協会けんぽホームページをご覧ください。

1 支給を受ける条件

同一月(1日から月末まで)に医療機関等の窓口で支払った **2 高額療養費の対象となる自己負担額** の世帯(被保険者とその被扶養者)での合計が **3 自己負担限度額** を超えた場合に、超えた額が高額療養費として支給されます。

自己負担額		計算対象外	
自己負担限度額	高額療養費	協会けんぽが負担する額	差額ベッド代、食事代等 (保険適用外の負担額)
医療費			

2 高額療養費の対象となる自己負担額

- 70歳未満の方が医療機関等の窓口で支払った自己負担額を次の①～⑦の項目ごとに区分した結果、1つの区分で、21,000円以上のもの

①受診月ごと ②受診者ごと ③医療機関ごと ④医科と⑤歯科の別ごと
⑥入院と⑦外来の別ごと(調剤薬局での自己負担額は処方箋を発行した医療機関の自己負担額に含まれます)

- 70歳～74歳の方が支払った自己負担額

3 自己負担限度額

年齢と所得区分により自己負担限度額が異なります。 詳細は、協会けんぽ都道府県支部へお問い合わせいただくか、協会けんぽホームページをご覧ください。

ご存知ですか？

限度額適用認定証

「限度額適用認定証」を被保険者証と併せて医療機関等の窓口で提示すると、窓口での1か月の自己負担が自己負担限度額までとなり、高額療養費を申請する手間が省けます。

高額医療費貸付制度

高額療養費の支給は、診療月から3か月以上かかるため、その間の家計負担の軽減を目的として、高額療養費支給見込み額の8割相当分を無利子で貸し付けする制度があります。

(被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合)

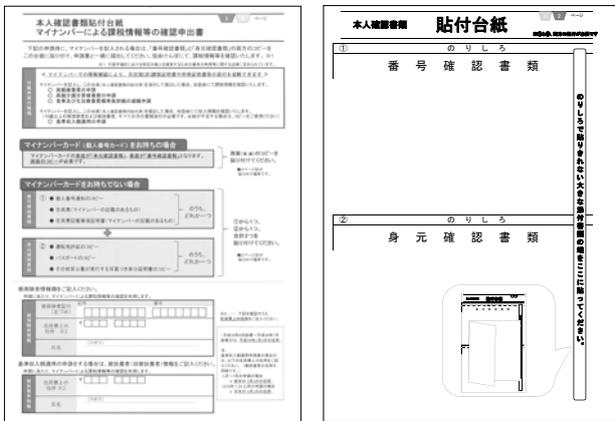
マイナンバーの記入・添付書類について

～マイナンバーを記入いただくことで、添付書類の一部が不要となります～

●診療月が、平成29年8月以降の場合

申請書のマイナンバー記載欄に被保険者のマイナンバーを記入のうえ、本人確認書類を「本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書※1」に貼付し、申請書に添付してください。 ※1 協会けんぽホームページでダウンロードすることができます。

本人確認書類貼付台紙マイナンバーによる課税情報等の確認申出書



本人確認書類

- マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちの場合
 - ①番号確認を行うための書類：マイナンバーカードの裏面コピー
 - ②身元確認を行うための書類：マイナンバーカードの表面（写真のある面）のコピー
- マイナンバーカード（個人番号カード）をお持ちでない場合
 - ③番号確認を行うための書類：○個人番号通知のコピー（いずれか1つ）
 - 被保険者の個人番号が記載された住民票が住民票記載事項証明書
 - ④身元確認を行うための書類：○運転免許証のコピー（いずれか1つ）
 - パスポートのコピー
 - その他官公署が発行する写真付き身分証明書のコピー

●診療月が、平成29年7月以前の場合

被保険者の住民税の(非)課税証明書を添付するか、申請書の市区町村長が証明する欄に証明を受けてください。

●○●マイナンバーをお持ちでない方及びマイナンバーを記入されない方●○●

被保険者の住民税の(非)課税証明書を添付するか、申請書の市区町村長が証明する欄に証明を受けてください。