

高額療養費支給申請書の記入の注意点



記入漏れの場合、申請書をお返しすることがあります。
記入漏れのないよう、ご作成をお願いします。

1ページ目:本人記入欄

申請書を記入する際には、黒ボールペン等の消えないもので記入ください。

ご記入事項を訂正される場合、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。

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。

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。

記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
記号・番号	1 0 1 0 1 0 1 1	1 4 0 1 0 0 1
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)	電話番号(左づめハイフン除く)	
9 8 1 〇 〇 〇 〇	0 2 2 × × × × × × × ×	
住所	宮城 仙台市 〇〇区 〇〇町 1-1	

資格情報のお知らせ

記号	1010101	番号	1	枝番	00
氏名	キョウカイ タロウ				
生年月日	昭和40年10月1日				
資格取得年月日	昭和60年10月1日				
保険者番号	01040013				
保険者名称	全国健康保険協会 宮城支部				

記号番号・氏名(カタカナ)は資格情報のお知らせに記載の記号番号・氏名を正確に記入してください。

※受診者がご家族(被扶養者)であっても、**ご本人(被保険者)の氏名を記入**してください。

氏名(カタカナ)は、口座名義名として使用されます。

※資格情報のお知らせ記載の氏名と口座名義が違う場合、①②対応要
①振込先指定口座欄の下に赤字で「**口座名義名が異なります**」と記入

口座名義名が異なります

②申請書に下記書類を添付
・同一人物と確認できる書類(運転免許証など)
・預金通帳の写し(支店名・口座番号・口座名義記載ページ)

お振込先は原則、「被保険者ご本人様のみ」
事業主様やご家族様の口座へのお振込みはできません。被保険者(申請者)様の口座情報をご記入ください。

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	ゆうちょ	支店名	二三八
預金種別	1 普通預金	口座番号(左づめ)	× × × × × × × ×

2ページ目に続きます。 >>>

被保険者の記号・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

【社会保険労務士様へ】

申請書の提出代行をされる際は、提出代行者名記載欄に「提出代行印」の他に「**社労士事務所の住所**」を必ず記入いただきますようお願いいたします。
※住所の記載が無い場合、不備等の返戻は**被保険者本人へ直接返却**となりますのでご了承ください。

【マイナンバー記載欄】

記号・番号を記入いただければ**マイナンバーの記入は不要です**。
※本人確認書類等も不要です。

マイナンバー記載欄

振込先指定口座は漏れなく記入ください。
※ゆうちょ銀行をご指定の場合、支店名と口座番号にご注意ください。
詳しくはこちら→



【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の氏名には、申請される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。

※ 相続人の請求の場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等の添付が必要となります。

★ 申請ができるのは、相続順位が一番高い方になります。

<図で解説>



高額療養費の支給まで、診療年月から3か月以上かかります。ご了承ください。

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。

12ページ

被保険者氏名 協会 太郎

診療年月 令和 07 年 03 月

診療年月は日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。

②～⑥につきましては医療機関
から協会へ請求のあったレセプト
より確認します。分かる範囲
で記入してください。

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。

①診療年月 1 令和 年 月 2 令和 年 月 3 令和 年 月

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。
ただし、非課税であっても、「低所得」にならない場合(記入の手引き参照)は、☒ は不要です。

①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。

被保険者
①郵便番号 (ハイフン除く) 9 9 9 9 9 9 9 9

①希望しない ☒ マイナンバーを利用した情報照会希望しない場合は、左記に ☒ を入れてください。
希望しない場合には、非課税証明書の必要な証明書類を添付してください。

ご本人（被保険者）の
氏名を記入してください。

診療年月を必ずご記入
ください。また、高額療養
費は診療月ごとに申請書
の1・2ページのセット
での申請になります。
※2か月分申請される場
合は申請書1・2ページ
目をそれぞれ記入するた
め2部必要になります。

診療年月の記入がない場
合・複数月の申請をまと
めて行った場合は、申請
書を返戻致しますので、
ご注意ください。

被保険者が非課税（市、
町、村民税が0円）の
方は「⑧非課税等」に☑
をしてください。

情報照会を希望の方は
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
郵便番号／診療月が8月
～12月の場合：本年1月
1日時点の郵便番号を記
入してください。

マイナンバーを利用した
情報照会を希望されない
場合は、☑を記入し
非課税証明書を添付して
ください。

情報照会欄の注意点
以下のような書き方をされた場合は情報照会ができませんので、ご注意ください。

①情報照会欄の⑧～⑩すべてに記入がある場合

②非課税等に☑があるが、郵便番号の記載がない場合

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。

①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。

被保険者
①郵便番号 (ハイフン除く) 9 9 9 9 9 9 9 9

①希望しない ☒ マイナンバーを利用した情報照会希望しない場合は、左記に ☒ を入れてください。
希望しない場合には、非課税証明書の必要な証明書類を添付してください。

マイナンバーを利用した情報照会希望されていない
ので情報照会ができません。
この場合、課税の区分での審査を行います。

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。

①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。

被保険者
①郵便番号 (ハイフン除く)

①希望しない ☐ マイナンバーを利用した情報照会希望しない場合は、左記に ☒ を入れてください。
希望しない場合には、非課税証明書の必要な証明書類を添付してください。

診療年月によってご記入いただく郵便番号が異なるため、
記載がない場合は情報照会ができません。
この場合も、課税の区分での審査を行います。