

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。

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 0 0 0 0	0 2 2 x x x x x x x x	
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。



お振込先は原則、 「被保険者ご本人のみ」

事業主や家族の口座への振込みはできません。被保険者(申請者)の口座情報をご記入ください。

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に記載された氏名と口座名義が違う場合、①②の対応が必須です。

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)

振込先指定口座

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)	x x x x x x x x

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載欄

【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。

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。



【被保険者が死亡して相続人が申請する場合】

相続人の方が申請される場合は、被保険者情報の「記号・番号」「生年月日」は被保険者の情報を記入いただき、被保険者情報の「氏名(カナ)」「氏名」「住所」「振込先指定口座」は相続人の方の情報を記入ください。

※ 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>



【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。

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。

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

① 診療年月 令和 07 年 03 月

② 受診者氏名

③ 受診者生年月日

④ 医療機関(薬局)の名称

⑤ 医療機関(薬局)の所在地

⑥ 病名・ケガの別

⑦ 療養を受けた期間

⑧ 支払額(右つめ)

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

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。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。

⑨ 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。

被保険者 ⑩ 郵便番号 (ハイフン除く)

⑪ 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、非課税証明書の必要な証明書類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

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 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。

被保険者 ⑩ 郵便番号 (ハイフン除く) 99999999

⑪ 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、非課税証明書の必要な証明書類を添付してください。

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 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。

被保険者 ⑩ 郵便番号 (ハイフン除く)

⑪ 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を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。

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。