



療養費

医療費の立替払い、治療用装具作成や海外で診療を受けたとき



立替払いや治療用装具を作成したとき(療養費)、海外で診療を受けたとき(海外療養費)

健康保険では、「やむを得ない事情で健康保険証を提示できず、医療費の全額(10割負担)を支払ったとき」や「治療のために装具を作成したとき」「海外旅行中等に急な病気やケガのため現地で診療を受けたとき」等の場合、あとで請求することにより療養費の払い戻しを受けることができます。

療養費が受けられる主なケース

- ① やむを得ず保険医療機関でない病院等で診療を受けたとき
- ② 資格取得届の手続き中で被保険者資格を証明できず、自費で診療を受けたとき
- ③ コルセット等の治療用装具を医師の指示で作成し、装着したとき
- ④ 病院を通して生血を購入し輸血したとき
- ⑤ はり・きゅう・マッサージの施術を医師の同意を得て受けたとき
- ⑥ 海外の医療機関で診療を受けたとき(業務災害によるケガ等は除きます。また、治療を目的に海外に出向いた場合は対象外です)
- ⑦ 柔道整復師(整骨院・接骨院)から施術を受けたとき

柔道整復師(整骨院・接骨院)で

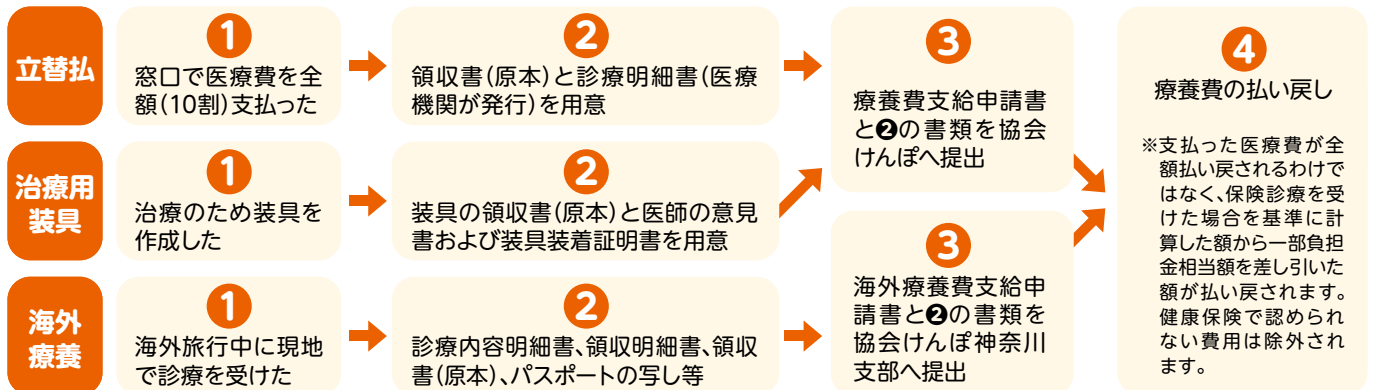
○ 健康保険が使える場合

・外傷性が明らかな骨折、脱臼、捻挫、打撲、肉離れ等(骨折や脱臼は応急手当を除き、医師の同意が必要です)

× 健康保険が使えない場合

・日常生活からくる疲労や単なる肩こり、体調不良等
・スポーツによる筋肉疲労

療養費払い戻しの手順



※ 海外療養費については、平成28年10月から協会けんぽ神奈川支部で審査を行っています。



差額を負担して医療を受けるとき(保険外併用療養費)

健康保険では、保険が適用されない保険外診療があると、保険が適用される診療も含めて、医療費の全額が自己負担となります。ただし、保険外診療を受ける場合でも、保険診療との差額を負担すれば健康保険が使える療養があります。これらを評価療養や選定療養又は患者申出療養といい、通常の治療と共通する部分(診察・検査・投薬・入院料等)については、一般の保険診療と同様に一部負担金を支払うこととなり、残りの額は「保険外併用療養費」として健康保険から(現物で)給付が行われます。評価療養や選定療養及び患者申出療養の料金は、療養を受けた方が自費で支払います。

※患者申出療養は、困難な病気と闘う方が、国内未承認の新薬や医療機器による治療を望んだ場合に、保険外併用療養の仕組みとして平成28年4月1日から導入されたものです。



評価療養と選定療養の主なもの

先進医療



特別の療養環境の提供



予約診療・時間外診療



200床以上の病院の未紹介患者の初診



180日を超える入院



前歯部の材料差額



記載例

健康保険 被保険者・家族療養費 支給申請書(立替払等)

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 1 2 ページ 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 家族 療養費 支給申請書(立替払等) 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入してください。

記号 番号 生年月日 年 月 日

被保険者証の(左の) 211700023 123 1 590825

氏名 (フリガナ) キョウカイ イチロウ
協会 一郎

住所 〒 0000000 宮崎 県 〇〇市〇〇町1-1
△△マンション101

電話番号 (日中の連絡先) TEL XXXXXXXXXX

金融機関 名称 〇〇 銀行 〇〇 〇〇 本店 〇〇 支店
預金種別 1 1.普通 3.別段 〇〇 〇〇 代理店 〇〇 支店
口座番号 1234567 左つめて記入ください
口座名義 キョウカイ イチロウ 口座名義の区分 1 1.被保険者 2.代理人

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取を下記の代理人に委任します。
氏名 住所「被保険者情報の住所と同じ」
代理人(口座名義人) 住所
氏名 (フリガナ)

被保険者のマイナンバー(一部記載) 家族(被扶養者)の方の療養費の立替払等であっても、被保険者情報欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などの情報を記入してください。

社会保険労務士の届出代行書 様式番号 協会使用欄

6 6 1 1 6 4 1

全国健康保険協会 協会けんぽ 1/2

ココ!

記号・番号は、健康保険証に記載されています。
※退職後の申請の場合は、在職中の記号・番号を記入してください。

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名等の情報を記入してください。
被保険者が亡くなられて、法定相続人の方が申請される場合は、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。

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)・預金種別・口座番号を記入してください。

金融機関 名称 ゆうちょ 〇〇 〇〇 本店 〇〇 支店
預金種別 1 1.普通 3.別段 〇〇 〇〇 代理店 〇〇 支店
口座番号 1234567 左つめて記入ください
口座名義 キョウカイ イチロウ 口座名義の区分 1 1.被保険者 2.代理人

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 被保険者 療養費 支給申請書(立替払等) 1 2 ページ 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

申請内容欄

① 受診者 2 1.被保険者 2.家族(被扶養者)
①-① 家族の場合はその方の 氏名 協会 花子 生年月日 1 1.平成 2.令和 3.年 月 日 6 1 1 1 1 2

② 罹病名 感冒 ③ 罹病または 発症年月日 2 1.平成 2.令和 3.年 月 日 0 3 0 2 0 5

④ 発病の原因および経過 (詳しく) 1 1.病気 咳がひどく、高熱が出たため、受診した。
2.ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

⑤ 診療を受けた医療機関等の
名称 所在地 診療した医師等の氏名
〇〇総合病院 〇〇市〇〇町1-4 保険 勸三郎
△△薬局 〇〇市〇〇町1-4 保険 愛子

⑥ 診療を受けた期間 2 1.平成 2.令和 3.年 月 日から 2 1.平成 2.令和 3.年 月 日まで 日数 1 日
0 3 0 2 0 5 0 3 0 2 0 5

⑦ 療養に要した費用の額 〇〇〇 5 5 0 0 円

⑧ 診療の内容 点滴を受け、薬を処方された。

⑨ 療養費の支給申請の理由 2 1.入社して間もなく、被保険者証が届いていなかったため
2.緊急やむを得ず受診し、被保険者証を持っていなかったため
3.誤って他の被保険者の被保険者証を使用したため
9.その他 (理由)

様式番号 6 6 1 2 6 3

全国健康保険協会 協会けんぽ 2/2

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」(19頁参照)を併せて提出してください。

自費で診療を受けた期間の始めと終わりの日を記入してください。
日数は診療を受けた日の数を記入してください。

領収書(領収明細書)に記載されている金額を記入してください。

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正で可能となりました。

TEL XXX(XXX)XXXX

記載例

健康保険 被保険者・家族療養費 支給申請書 (治療用装具)



治療用装具の場合

健康保険 被保険者 家族療養費 支給申請書 (治療用装具) 1/2 ページ 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 家族療養費 支給申請書(治療用装具) 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、裏のホルダーを使用し、横書きで特丁にご記入ください。

記入原本 01123456789アイウ

被保険者証の(左づつ) 記号 番号 生年月日 年 月 日
21700023 123 1 590825

氏名 フリガナ キョウカイ イチロウ
協会 一郎

住所 〒 0000000 宮崎 県 〇〇市〇〇町1-1
△△マンション101

金融機関 名称 〇〇 〇〇 〇〇 〇〇
預金種別 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 イチロウ

被保険者のマイナンバー記載欄
被保険者のマイナンバー記載欄は「マイナンバー」欄に記入してください。
マイナンバーは、個人番号として入力してください。

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
6 6 1 6 6 9 1

全国健康保険協会 協会けんぽ (1/2)

ココ!

記号・番号は、健康保険証に記載されています。
※退職後の申請の場合は、在職中の記号・番号を記入してください。

家族(被扶養者)が治療用装具を作成した場合でも、被保険者の氏名等の情報を記入してください。
被保険者が亡くなられて、法定相続人の方が申請される場合は、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。

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)・預金種別・口座番号を記入してください。

金融機関 名称 ゆうちょ 〇〇〇〇〇〇〇〇
預金種別 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 イチロウ

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 被保険者 家族療養費 支給申請書 (治療用装具) 2/2 ページ 被保険者記入用

被保険者氏名 協会 一郎

1. 受診者 1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)

① 家族の場合はその方の氏名 生年月日 年 月 日
協会 一郎 1 590825

2. 傷病名 左膝関節帯状帯傷 3. 発病または負傷年月日 2. 1. 平成 2. 令和 0 3 0 5 2 4

4. 発病の原因および経過(詳しく) 2. 病気
2. ケガ → 負傷原因届を併せてご提出ください。

5. 診療を受けた医療機関等の名称 〇〇総合病院 所在地 〇〇市〇〇町1-2 診療した医師等の氏名 保険 一郎

6. 治療用装具を装着した日(診療を受けた期間) 2. 1. 平成 2. 令和 0 3 0 5 2 4 0 3 0 5 2 4 日数 1

7. 装具等の装着について指示を受けた日 1. 平成 2. 令和 年 月 日

8. 治療用装具の金額 26000 円

9. 診療の内容 左膝用装具の装着

10. 療養費の支給申請の理由 5. 治療用装具を作成したため

様式番号 6 6 1 7 6 8

全国健康保険協会 協会けんぽ (2/2)

ケガ(負傷)による申請の場合は「負傷原因届」(次頁参照)を併せて提出してください。

治療用装具(コルセット)を装着した日を記入してください。
※「弾性着衣」「小児弱視用眼鏡等」の場合は記入不要です。

装具(弾性着衣、小児弱視用眼鏡)装着の指示を受けた日を記入してください。
※「コルセット」の場合は記入不要です。

領収書に記載されている金額を記入してください。

海外療養費の場合

海外旅行中や海外赴任中に急な病気やケガにより、やむを得ず現地の病院で診療等を受けたときは、「海外療養費支給申請書」に所定の添付書類をつけて協会けんぽ神奈川支部に提出してください。
全国健康保険協会神奈川支部
〒220-8538 横浜市西区みなとみらい4-6-2
みなとみらいグランドセントラルタワー 9階
※ 海外療養費については、平成28年10月から協会けんぽ神奈川支部で審査を行っています。

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正で可能となりました。

TEL ×××(×××)××××

記載例



負傷原因届 負傷(ケガ)がもとで申請する場合

健康保険 負傷原因届 (補償者・事業主記入用) (負)

記入方法および添付書類等については、「健康保険 負傷原因届 記入の手引き」をご確認ください。
 届書は、黒のボールペン等を使用し、欄内で特記事項に記入してください。

記入票番 01123456789アイウ

被保険者の氏名 協会 一郎
 住所 宮崎県 〇〇市〇〇町1-1
 ΔΔマンション101

負傷した方 協栄労働者会
 負傷した方の勤務形態 協栄労働者会
 傷病名 左足関節捻挫
 負傷日時 令和3年4月26日
 負傷した時間等(状況) 勤務中に発生
 負傷場所 会社内
 負傷原因 労働中に発生
 負傷した時の状況を具体的に記述してください。

業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定しますので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

これらの支給申請をするときに必要です

- 療養費(治療用装具)
- 療養費(立替払等)
- 高額療養費
- 傷病手当金
- 埋葬料(費)・家族埋葬料

初回の申請時のみ提出が必要です。



ココ! 記号・番号は、健康保険証に記載されています。

※退職後の申請の場合は、在職中の記号・番号を記入してください。

負傷原因が、第三者によるもの場合、「第三者等の行為による傷病届」も提出が必要になります。(14頁参照)

負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

業務(通勤)災害に該当するかどうかは、労働基準監督署が認定しますので、詳しくは労働基準監督署にお問い合わせください。

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正で可能となりました。

TEL ×××(×××)××××

しっかりチェック!

添付書類チェック項目

- 立替払い → 診察明細書の原本
 領収書の原本(10割の支払分、返納金の領収書等)
- 装具 → 医師の意見および装具装着証明書の原本
 領収書の原本(内訳の記載および、担当義肢装具士名の記載があるもの)
 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
 靴型装具を作成された場合は当該装具の写真
- 小児弱視用眼鏡 → 眼鏡等作成指示書(目の検査結果、傷病名*の記載がある医師の証明)
*傷病名…「小児の弱視、斜視および先天白内障術後の屈折矯正」に限られます。
 検査書(「眼鏡等作成指示書」に視力等の検査結果が明記されていない場合は、視力等の検査結果のコピー)
 領収書の原本(内訳の記載があるもの)
 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
- 弾性着衣等 → 弾性着衣等装着指示書の原本
 領収書の原本(内訳の記載があるもの)
 領収書に内訳記載がない場合は、内訳の記載された書類のコピー(請求書のコピー等)
- 海外療養費 → 海外の医師が作成した診療内容明細書の原本
 海外の領収明細書の原本
 日本語の翻訳文(翻訳者の署名、住所、及び連絡先を記入)
 パスポートのコピー(海外渡航者の写真が確認できるページ及び出入国の確認ができるページ)
 海外での診療等を担当した医療機関等に照会することの同意書

申請期限

療養に要した費用を支払った日の翌日から2年以内



限度額適用認定申請・特定疾病

医療費が高額になりそうなとき



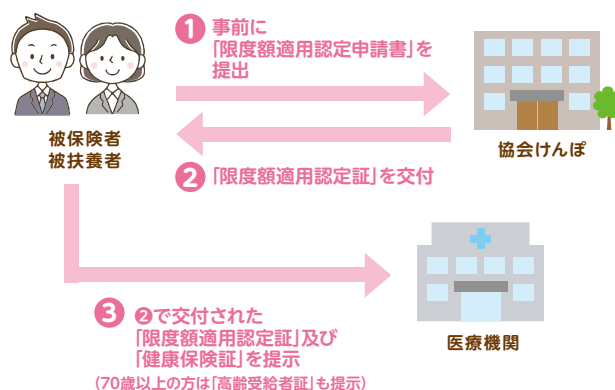
限度額適用認定証をご利用ください

健康保険には、高額な医療費を支払った場合に、あとで自己負担限度額を超えた分について払い戻される「高額療養費制度」があります(23頁参照)。しかし、払い戻されるとはいえ、高額な医療費の支払いは、大きな負担になります。

そこで、70歳未満の方が高額な窓口負担が発生する場合に、事前に申請して交付された「**限度額適用認定証**」を医療機関窓口へ提示することにより、医療機関ごと(1ヵ月単位)の窓口負担を法定の自己負担限度額までとすることができます。

70歳以上75歳未満の方は、健康保険証と高齢受給者証を併せて医療機関に提示することにより、窓口での支払が自己負担限度額までとなります。一部の方については限度額適用認定証の発行が必要となります(24頁表Ⅱ参照)。

限度額適用認定証申請から利用の流れ



有効期間

申請には、交付必要期間を記入いただき、受付した月の初日から最長1年間の範囲が有効期間となります。

なお、被保険者の市区町村民税が非課税の方が利用する「**限度額適用・標準負担額減額認定証**」は、受付した月の初日から初めて到来する7月末日が有効期間となります。

1ヵ月に2ヵ所以上の医療機関に通院・入院した場合等は、あとで高額療養費の支給申請が必要となる場合があります。

高額療養費の多数該当となり4ヵ月目から自己負担限度額が軽減される場合でも、当該認定証による負担は軽減前の自己負担限度額が適用される場合がありますので、この場合には高額療養費の申請をしてください。

被保険者の方の市区町村民税が非課税の場合は、限度額適用認定申請書ではなく、「**限度額適用・標準負担額減額認定申請書**」により申請してください。この場合は70歳以上75歳未満の方も必要です。

※24頁表Ⅰア・イの方及び高齢受給者証の負担割合が3割の方は適用となりません。

透析をされている方や血友病の方等は、 特定疾病療養受療証をご利用ください

長期間にわたって高額な医療費がかかる病気にかかった場合は、申請して交付された「**特定疾病療養受療証**」を窓口へ提示することで、1ヵ月の自己負担額が、医療機関ごと(入院、通院、薬局ごと)に以下の自己負担限度額までとなります。

「**特定疾病療養受療証**」の有効期日は、受付した月の初日(健康保険の加入月に申請された場合は、資格取得日)となります。

対象となる病気	自己負担限度額
① 血友病	10,000円 (ただし、②については70歳未満で標準報酬月額53万円以上の方とその被扶養者は、20,000円)
② 人工透析治療を実施している慢性腎不全	
③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群 (HIV感染を含み、厚生労働大臣の定める者に係るものに限る)	

※院外薬局の分を合わせた場合に自己負担限度額を超える場合は、高額療養費の申請を行い払い戻しを受けることになります。

記載例

健康保険 限度額適用認定 申請書

💡 低所得者用は 22頁をご覧ください。

健康保険 限度額適用認定 申請書 (被保険者記入用) **限**

記入方法等は、「健康保険 限度額適用認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、裏のホルダー等を使用し、箱書で特内に丁寧に記入してください。 記入用紙 01 2 3 4 5 6 7 8 9 7 1 7

被保険者証の
記号 番号 生年月日 年 月 日
211700023 123 590825

氏名 協会 一郎

住所 (〒000-0000) 宮崎 〇〇市〇〇町1-1
電話番号 (日中の連絡先) TEL XXX (XXX) XXX

認定対象者
氏名 協会 花子 生年月日 61年 11月 12日

療養予定期間 (申請期間) 令和 3年 6月 ~ 令和 4年 5月

送付先住所
住所 (〒000-0000) 宮崎 〇〇市〇〇町1-2
電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇
宛名 株式会社 〇〇商事 総務課〇〇

申請代行情報
氏名 協会 花子 被保険者との関係 申請代行の理由

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄
〒000-0000 〇〇〇〇〇〇
2 3 0 1 1 7 1

全国健康保険協会 協会けんぽ



ココ!

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

認定対象者が被保険者か被扶養者かにかかわらず被保険者の氏名を記入してください。

入院され自宅で認定証の受け取りができない場合等に記入してください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

- 添付書類チェック項目
- 負傷原因届 (負傷により治療を受ける場合)

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正で可能となりました。

TEL XXX (XXX) XXXX

記載例

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書

健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 (被保険者記入用) **特**

記入方法および添付書類等については、「健康保険 特定疾病療養受療証 交付申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、裏のホルダー等を使用し、箱書で特内に丁寧に記入してください。 記入用紙 01 2 3 4 5 6 7 8 9 7 1 7

被保険者証の
記号 番号 生年月日 年 月 日
211700023 123 590825

氏名 協会 一郎

住所 (〒000-0000) 宮崎 〇〇市〇〇町1-1
電話番号 (日中の連絡先) TEL XXX (XXX) XXX

認定対象者
氏名 協会 花子 生年月日 61年 11月 12日

疾病名 2

送付先住所
住所 (〒000-0000) 宮崎 〇〇市〇〇町〇-〇
電話番号 (日中の連絡先) TEL 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇
宛名 (株) 〇〇健康商事 総務課〇〇

医師の意見欄
医師の意見欄の所在地 〇〇市〇〇町△△1-1
医療機関の名称 〇〇クリニック
医師の氏名 東西 一之助
電話番号 △△△(△△△)△△△

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄
〒000-0000 〇〇〇〇〇〇
2 3 0 1 1 7 1

全国健康保険協会 協会けんぽ



ココ!

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

該当する番号を□に記入してください。

入院され自宅で受療証の受け取りができない場合等に記入してください。不備等により書類をお返しする場合もこの送付先に送付します。

医師の意見を受けてください。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

- 添付書類チェック項目
- 医師の証明

(申請書内の「医師の意見欄」に医師の記入、証明を受けるか、特定疾病に関する意見書その他疾病にかかったことを証明する書類の原本(診断書等)を添付してください。)

申請時期 特定疾病の療養のため、高額な医療費がかかるとき

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正で可能となりました。

TEL XXX (XXX) XXXX

記載例

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書



市区町村民税非課税等の低所得者用

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税等の低所得者用

記入方法および添付書類等については、「健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書 記入の手引き」をご確認ください。
申請書は、黒のボールペン等を使用し、楷書で特に入力してください。

記入原本 011234567897アイウ

被保険者証の記号 21700023 123 生年月日 590825

氏名 協会 一郎

住所 宮崎 〇〇市〇〇町1-1 ΔΔマンション101

療養を受ける方 協会 花子 生年月日 61年11月12日

療養する方は、長期入院されましたか? はい (はいと答えた場合、2ページ長期入院履歴に申請を行った月以前1年間の入院履歴をご記入ください。)

上記被保険者情報に記入した住所と別のところに送付を希望する場合にご記入ください。

住所 宮崎 〇〇市〇〇町1-2

被保険者以外の人が申請する場合にご記入ください。

被保険者以外の氏名 関係 申請代行の理由

社会保険労務士の提出代行名記載欄

230117 1

全国健康保険協会 協会けんぽ

ココ!

記号・番号は、健康保険証に記載されています。

認定対象者が被保険者か被扶養者かにかかわらず被保険者の氏名を記入してください。

療養する方が申請を行った月以前1年間で長期入院(90日超)された場合は2ページ目を必ず記入してください。

入院され自宅認定証の受け取りができない場合等に記入してください。不備等により書類をお返す場合もこの送付先に送付します。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

健康保険 限度額適用・標準負担額減額認定 申請書

市区町村民税非課税等の低所得者用

申請を行った月以前1年間の入院日数合計 91日

1	申請を行った月以前1年間の入院日数(日数)	平成30年3月6日から平成31年4月25日まで	51日
	入院した保険医療機関等	〇〇総合病院	
	所在地	〇〇市〇〇区ΔΔ1-1	
2	申請を行った月以前1年間の入院日数(日数)	平成30年1月11日から平成31年2月19日まで	40日
	入院した保険医療機関等	〇〇総合病院	
	所在地	〇〇市〇〇区ΔΔ1-1	
3	申請を行った月以前1年間の入院日数(日数)		
4	申請を行った月以前1年間の入院日数(日数)		
5	申請を行った月以前1年間の入院日数(日数)		

市区町村民税が非課税の方は、下欄に市区町村民税の証明を受けるか、別に(第1)課税証明書の添付が必要です。

当該被保険者(氏名 協会 一郎)は平成31年2月1年度市区町村民税が課税されないことを証明する。

市区町村民税証明書の署名欄

市区町村民長 〇〇市長 〇〇

本申請書に市区町村長の証明を受ける場合は、療養を受ける年月によって証明を受ける年度が異なります。

- 例 令和2年8月～令和3年7月診療分→ 令和2年度(令和元年中収入)の証明
- 令和3年8月～令和4年7月診療分→ 令和3年度(令和2年中収入)の証明

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正で可能となりました。

TEL ×××(×××)××××

しっかりチェック!

添付書類チェック項目

- 負傷により治療を受ける場合 → 「負傷原因届」
被保険者の非課税証明書の原本等 (※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要)
- 4月～7月診療分の場合 → 前年度の非課税証明書の原本
- 8月～翌年3月診療分の場合 → 当年度の非課税証明書の原本
又は、「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」
(マイナンバーカード等のコピー添付要)
- 直近1年以内に91日以上入院がある場合(長期入院) → 入院期間が記載されている領収書のコピー

申請時期 被保険者の市区町村民税が非課税の場合で、被保険者及び被扶養者が保険医療機関・保険薬局での窓口支払額を軽減したいとき



高額療養費

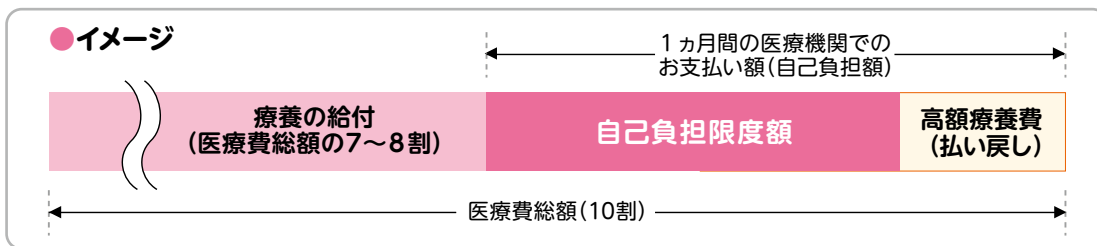
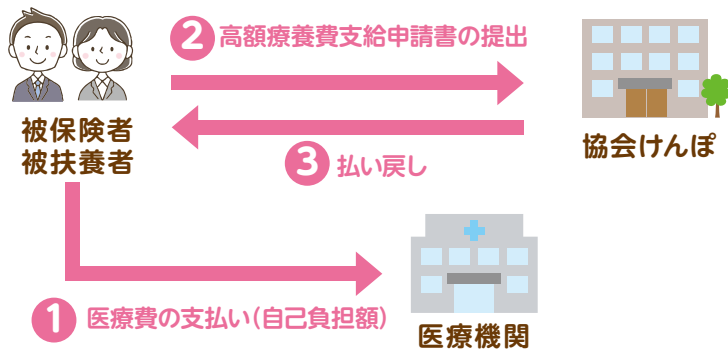
高額な医療費を支払ったとき



高額療養費とは

同一月に保険医療機関で支払った一部負担（自己負担）額が高額になり、自己負担限度額を超えたときは、その超えた分があとで「高額療養費」として払い戻されます。

高額療養費の給付を受けるために提出するのが「健康保険 高額療養費支給申請書」です。70歳未満の方および70歳以上75歳未満の一部の方は、医療費が高額になることが事前にわかっている場合には、20頁の「限度額適用認定証」を提示する方法が便利です。



自己負担額の計算方法

●1ヵ月単位(1日から末日)で計算

たとえば、1月10日から2月10日まで診療を受けた場合、1月10日~1月31日と2月1日~2月10日までの2件のレセプトとなり、それぞれのレセプトごとに計算します。

●受診者ごとに計算

●医療機関ごとに計算

●医科・歯科別で計算

●入院と通院は分けて計算

同じ医療機関でも入院と通院は分けて計算します。通院にかかる院外調剤分は通院分に合計します。

●保険適用分が対象

食事代、差額ベッド代等は対象外です。

複数の医療機関での診療分、同一世帯*の他の受診者分を合算する場合の計算

70歳未満の方	70歳以上75歳未満の方
自己負担額が 21,000円 以上の分のみ合算できます。	すべて合算できます。

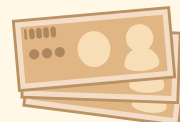
*ここでいう世帯とは、協会けんぽに加入している被保険者およびその被扶養者のことです。

●高額療養費の対象となる負担・対象とならない負担

対象となる負担	対象とならない負担
○ 療養の給付の一部負担金	× 入院時食事療養費標準負担額
○ 療養費の自己負担額相当額	× 入院時生活療養費標準負担額
○ 保険外併用療養費の自己負担額相当額	× 保険外併用療養費に係る自費負担分
○ 訪問看護療養費の基本利用料	× 訪問看護に係る保険外利用料

高額医療費貸付制度

払い戻しは、医療機関等から提出される診療報酬明細書(レセプト)の審査を経て行いますので、診療月から3ヵ月以上かかります。払い戻しまで時間を要するため、医療費の支払いに充てる資金として、高額療養費支給見込額の8割相当額を無利子で貸付する「高額医療費貸付制度」もあります。詳しくは協会けんぽ都道府県支部までお問い合わせください。





自己負担限度額(払い戻しの基準額)

① 年齢・被保険者の所得によって自己負担限度額が変わります

●70歳未満の方(表I)

被保険者の所得区分		自己負担限度額
ア	標準報酬月額	83万円以上 $252,600円 + (\text{総医療費} - 842,000円) \times 1\%$ 〈多数該当140,100円〉
イ		53万~79万円 $167,400円 + (\text{総医療費} - 558,000円) \times 1\%$ 〈多数該当93,000円〉
ウ		28万~50万円 $80,100円 + (\text{総医療費} - 267,000円) \times 1\%$ 〈多数該当44,400円〉
エ		26万円以下 57,600円 〈多数該当44,400円〉
オ	低所得者(住民税非課税者)	35,400円 〈多数該当24,600円〉

●70歳以上75歳未満の方(表II)

区分		個人ごと(通院)	世帯ごと(入院を含む) ^{※1}
標準報酬月額	現役並みⅢ 83万円以上	$252,600円 + (\text{総医療費} - 842,000円) \times 1\%$ 〈140,100円〉	
	現役並みⅡ 53万~79万円	$167,400円 + (\text{総医療費} - 558,000円) \times 1\%$ 〈93,000円〉	
	現役並みⅠ 28万~50万円	$80,100円 + (\text{総医療費} - 267,000円) \times 1\%$ 〈44,400円〉	
一般 (標準報酬月額26万円以下)		18,000円(年間上限14.4万円)	57,600円 〈44,400円〉
低所得者Ⅱ (住民税非課税者等)		8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ (所得が一定基準以下)			15,000円

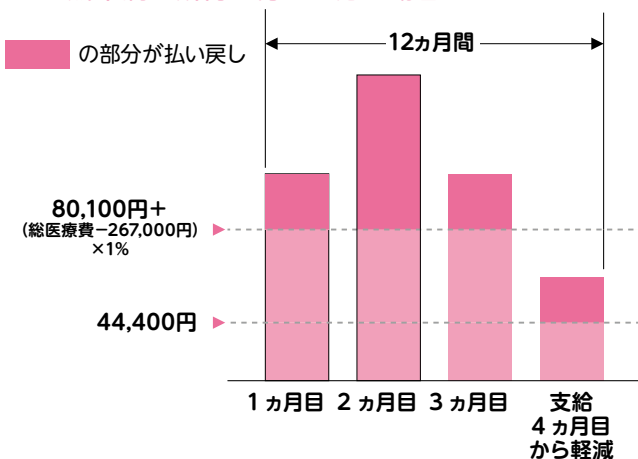
※1 ここで言う世帯とは、協会けんぽに加入している被保険者およびその被扶養者のことです。

※2 現役並みⅡ・Ⅰの方は限度額適用認定証の発行対象です。
()内は多数該当

② 多数該当について

高額療養費の申請月以前の直近1年間に、3ヵ月以上高額療養費の支給を受けている場合、4ヵ月目からは自己負担額が軽減される措置です。

●70歳未満で所得区分ウの方の場合



③ 受診者に「70歳未満の方」と「70歳以上75歳未満の方」がいる世帯の場合

(①、②、③を比べて支給額が一番高くなるもので支給します)

- 70歳以上75歳未満の加入者の通院自己負担額について、自己負担限度額を超えた分が払い戻されます(個人ごと。表IIで計算)。
- 70歳以上75歳未満の加入者について、通院と入院の自己負担額を合計し、世帯全体の自己負担限度額を超えた分が払い戻されます(表IIで計算)。
- 「70歳以上75歳未満の世帯全体の自己負担額」と「70歳未満の加入者の自己負担額」を合計し、「表Iの自己負担限度額」を超えた分が払い戻されます(表Iで計算)。

記載例

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

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 <small>※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。</small>		1	2	ページ	高
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、黒のボールペン等を使用し、楷書で枠内に丁寧に記入してください。					
記入見本 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 アイウ					
被保険者情報	記号 2 1 7 0 0 0 2 3	番号 1 2 3	生年月日 1 5 9 0 8 2 5		
氏名	(フリガナ) キョウカイ イチロウ 協会 一郎				
住所	〒 0000000 宮崎 〇〇市〇〇町1-1 △△マンション101				
電話番号	(日中の連絡先) ※ハイフン除く XXXXX-XXXXXX				
振込先指定口座	金融機関名称 〇〇	預金種別 1 1.普通 3.別段 2.当座 4.通知	口座番号 1 2 3 4 5 6 7	口座名義 キョウカイ イチロウ	
受取代理人の欄	被保険者 氏名 住所 代理人(口座名義人) 氏名 住所 (フリガナ)				
社会保険提出代	労働士の者名記載欄 様式番号 協会使用欄				

ココ!
記号・番号は、健康保険証に記載されています。
※退職後の申請の場合は、在職中の記号・番号を記入してください。

家族(被扶養者)が受診した場合でも、被保険者の氏名等の情報を記入してください。
被保険者が亡くなられて、法定相続の方が申請される場合は、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。

被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。

金融機関名称	ゆうちょ	〇〇	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	1 2 3 4 5 6 7	左づめでご記入ください。	
口座名義	キョウカイ イチロウ				

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)・預金種別・口座番号を記入してください。

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正が可能となりました。

△△△△
TEL XXX(XXX)XXXX

ご利用ください 限度額適用認定証

あらかじめ申請して交付された「限度額適用認定証」(20頁参照)を健康保険証と併せて医療機関等の窓口に提示すると、同一月において一医療機関ごとの窓口での1か月の自己負担の支払い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。

記載例

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
 ※支給決定まで、診療月後3か月以上かかります。 被保険者記入用

被保険者氏名 **協会 一郎**

1 診療月 **2** 1.平成 2.令和 **0304** (診療月が複数ある場合は、診療月(1ヵ月)ごとに申請書が必要です。)

2 受診者	1. 被保険者	2. 被保険者	2. 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)
氏名		協会 花子	
家族の場合はその方の		協会 花子	
生年月日		611112	
3 療養を受けた医療機関・薬局の		〇〇薬局	
名称		〇〇市〇〇区△△2-3	
所在地		〇〇市〇〇区△△2-2	
4 病気・ケガ(負傷)の場合は		〇〇総合病院	
負傷原因等を併せてご提出ください。		〇〇市〇〇区△△1-1	
5 療養を受けた期間		〇〇総合病院	
1. 平成 2. 令和		〇〇市〇〇区△△1-1	
01 ~ 30		〇〇市〇〇区△△2-2	
06 ~ 12		〇〇市〇〇区△△2-3	
06 ~ 12		〇〇市〇〇区△△2-3	
6 支払った額のうち、		〇〇薬局	
保険診療分の金額(自己負担額)		〇〇市〇〇区△△2-2	
自己負担額が不明の場合は		〇〇市〇〇区△△2-3	
支払った総額		〇〇市〇〇区△△2-3	
145820円		24000円	
5800円		24000円	
7 他の公的制度から、医療費の		〇〇市〇〇区△△2-2	
助成を受けていますか		〇〇市〇〇区△△2-3	
はいの場合		〇〇市〇〇区△△2-3	
1. 全額助成		〇〇市〇〇区△△2-3	
2. 一部自己負担あり*		〇〇市〇〇区△△2-3	
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		〇〇市〇〇区△△2-3	
1. 有		〇〇市〇〇区△△2-3	
2. 無		〇〇市〇〇区△△2-3	

8 診療月 **1** **2** 1.平成 2.令和 **0301** **2** **2** 1.平成 2.令和 **0302** **3** **2** 1.平成 2.令和 **0303**

被保険者本人が市区町村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、この欄に市区町村民税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 市区町村民税が課されないことを証明する。

641272

全国健康保険協会 協会けんぽ 2/2

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

受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けて記入してください。

ケガ(負傷)の場合は、「負傷原因届」(19頁参照)を併せて提出してください。

医療機関等で支払った額のうち、保険診療分の金額(差額ベッド代等の保険外負担額や入院時の食事負担額等を除いた額)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記入してください。

他の公的制度から自己負担相当額またはその一部の助成を受けられる場合に記入してください。

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正で可能となりました。

TEL XXX(XXX)XXXX

しっかりチェック!

添付書類チェック項目

- 他の公的制度から助成を受けている方 → 領収書のコピー
- 低所得者 → 被保険者の非課税証明書の原本等
 (※申請書の証明欄に記載を受けた場合は不要)
 - 4月~7月診療分の場合 → 前年度の非課税証明書の原本
 - 8月~翌年3月診療分の場合 → 当年度の非課税証明書の原本
 又は、「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」(マイナンバーカード等のコピー添付要)
- 被保険者本人が死亡したため、法定相続人(先順位者から)が申請する場合 → 戸籍謄本の原本
 (被保険者と申請者の続柄等を確認できるもの)

申請期限 診療月の翌月1日から2年以内



高額介護合算療養費(医療保険と介護保険の自己負担額が高額になったとき)

健康保険の世帯に介護保険の受給者がいる場合に、1年間(8月1日～翌年7月31日まで)に負担した健康保険の一部負担金の額(高額療養費を除く)と介護保険の利用者負担額(高額介護サービス費を除く)を合算して、介護合算算定基準額を超えた分が払い戻されます。(※超えた金額が501円以上の場合に限る)

支給額は、世帯での医療・介護の自己負担額の年間合計額が、下表の基準額を超える場合に、その超えた金額を両制度の自己負担額の比率に応じて按分し、支給されます。詳細については、協会けんぽまでお問い合わせください。

● 介護合算算定基準額

被保険者の区分	70歳未満の方を含む世帯
標準報酬月額 83万円以上	212万円
53万～79万円	141万円
28万～50万円	67万円
26万円以下	60万円
低所得者(住民税非課税者)	34万円

被保険者の区分	70歳以上75歳未満の方を含む世帯
標準報酬月額 83万円以上	212万円
53万～79万円	141万円
28万～50万円	67万円
26万円以下	56万円
非課税 低所得者Ⅱ	31万円
低所得者Ⅰ	19万円

記載例

高額介護合算療養費支給申請書 兼 自己負担額証明書交付申請書

● 支給申請の手順

介護保険者(市町村)に介護保険自己負担額証明書の交付を申請し、交付された自己負担額証明書を添付のうえ、申請者(被保険者)が7月31日(基準日)時点で加入されている医療保険者(協会けんぽ都道府県支部)に申請します。

高額介護合算療養費の支給申請のみを行う場合(計算期間の末日に協会けんぽに加入しており支給申請する場合)に①にチェックしてください

「対象となる計算期間」の欄の開始年月日が属する年度を記入してください

計算期間→令和2年8月1日～翌年7月31日まで

「対象となる計算期間」内に別の医療保険、介護保険に加入していれば履歴を記入してください

申請者およびその被扶養者の協会けんぽ加入期間における受診歴(受診した年月)を記入してください

高額介護合算療養費支給申請 兼 自己負担額証明書交付申請

(申請者の方へ)記入上の注意事項は、裏面をご覧ください。(保険者記入欄) 支給申請書管理番号

申請区分 ① 高額介護合算療養費の支給を申請します。 ② 自己負担額証明書の交付を申請します。 申請対象年度 令和2年度 対象となる計算期間 2年8月1日から 3年7月31日まで 1枚中 1枚目

フリガナ	申請者氏名	加入期間	添付の自己負担額証明書管理番号
協会 一郎	41年12月14日生	2年4月1日から	添付省略
協会 花子	43年5月15日生	2年4月1日から	添付省略
協会 三郎	24年8月12日生	2年4月1日から	2012△△△

一部：令和2年10月、令和3年6月 □ 病院 本申請に基づく給付金に関する受給を代理人に委託します。 申請年月日 代理人の氏名と印 委任者と代理人との印

しっかりチェック!

☑ 添付書類チェック項目

自己負担額証明書(介護保険者(市町村)および協会けんぽ以外の保険者) (該当する場合)から交付された自己負担額証明書

非課税証明書等(申請者(被保険者)が申請対象年度の市区町村民税が非課税の場合に該当。例えば、令和2年8月～令和3年7月の申請は、令和2年度非課税証明書の添付となります)

又は、「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」(マイナンバーカード等のコピー添付要)

申請期限

基準日の翌日(通常は8月1日)から2年以内に申請(ただし、該当される方が亡くなられた場合は、死亡日の翌日から2年以内となります)

令和2年12月25日より、押印の省略が可能となりました。これにより、二重線や修正テープによる訂正が可能となりました。

TEL XXX(XXX)XXXX