

(新様式) 記入のポイント 高額療養費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

※給付金のお支払いまで、診療月後3か月以上かかります。

1

2

ページ

高

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
 については「高額療養費の記入の手引き」をご確認ください。

不明の場合は記入不要

この申請書は、令和5年1月以降にご使用ください。

| | | |
|------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 被保険者証 記号(左づめ) | 番号(左づめ) | 生年月日 1.期初 2.平成 3.令和 |
| 氏名 (カタカナ) | 氏名 ※申請者はお勤めされている(いた)被保険者です。 被保険者がお亡くなりになっている場合は、 相続人よりご申請ください。 | |
| 郵便番号 (ハイフン除く) | 電話番号 (左づめハイフン除く) | |
| 住所 | | |

必ず「被保険者」の氏名・生年月日

受診者である被扶養者
氏名等を書くとき×

受取代理は原則廃止 → 必要の際は別紙記入

| | | |
|--------|-----------------------------|---------------|
| 金融機関名称 | 銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他() | 支店名 |
| 預金種別 | 1 普通預金 | 口座番号 (左づめ) |

自動審査対象外となり、支
給日数要する場合あり

↑ 必要個所をすべて記入 ↑

2 ページ目に続きます。 >>>

被保険者証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。)

原則、記入不要

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

記入すると確認
書類が必要

以下は、協会使用権のため、記入しないでください。

高額療養費の支給決定について

- 高額療養費は医療機関等から協会けんぽへ保険請求のあった診療報酬明細書(レセプト)により支給額を計算するため、決定には診療月後3か月以上かかります。
- 申請書次ページ欄の受診先の記入の有無に関係なく、自動計算し、支給決定します。
- 決定時にレセプトが確認できない等の理由で、支給額が少ないことや不支給となることも想定されますが、決定後に新たに合算対象となるレセプトが確認できた場合は、再計算を行い、追加で支給いたします。

(新様式) 記入のポイント 高額療養費②

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。

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... **必ず記入** ... 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。

| | | | |
|----------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| ② 受診者氏名 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ③ 受診者生年月日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 |
| ④ 医療機関(薬局)の名称 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ⑤ 医療機関(薬局)の所在地 | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| ⑥ 病気・ケガの別 | <input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ | <input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ | <input type="text"/> 1. 病気 2. ケガ |
| ⑦ 療費を受けた期間 | <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日 | <input type="text"/> 日 から <input type="text"/> 日 |
| ⑧ 支払額(右づめ) | <input type="text"/> 円 | <input type="text"/> 円 | <input type="text"/> 円 |

この欄は未記入部分あっても可 (到着済みレセプトから自動計算されるため)

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

② 非課税等 被保険者が非課税である等、自己負担戻額額の所得区分が「世帯」となる場合(記入の手引も参照)には、左記に を入れてください。

③ 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。

記入すると、非課税証明書等が「不要」

記入すると、非課税証明書等が「必要」

6 4 1 2 1 1 0 1