

高額療養費支給申請のポイント

記入誤りや添付書類もれ等で、申請書をお返すケースが増えています。
スムーズにお支払いをするために、特にご注意いただきたいポイントをお伝えします。

1ページ目

申請書は診療月ごとに1.2ページとも
ご記入ください

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (左づめ)	21700023	21	2	010510	1.昭和 2.平成 3.令和
氏名・印	(フリガナ) キョウカイ タロウ 協会 太郎		自署の場合は押印を省略できます。			

受診者がご家族（被扶養者）の場合も、被保険者の氏名・生年月日をご記入ください

健康保険 家族（被扶養者） 01111
被保険者証 平成26年6月25日交付

記号 21270023 番号 21

氏名 協会 花子
生年月日 昭和26年10月1日
性別 女
認定年月 平成26年6月1日
被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 ○ 株式会社
保険者番号 01101100116
保険者名称 全国健康保険協会 ○ 支部
保険者所在地 ○ 市○区○町○-○-○

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 本所 支所
	預金種別	<input type="checkbox"/> 1.普通 3.別段 <input type="checkbox"/> 2.当座 4.通知	口座番号
	口座名義	カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(・)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1.被保険者 <input type="checkbox"/> 2.代理人

①[本店][支店]の選択誤りにご注意ください。
②ゆうちょ銀行をご指定の場合は、漢数字3ケタの支店名となります。

●被保険者（申請者）以外の口座を指定した場合は、
【受取代理人の欄】の記入が必要です。
※押印の省略はできませんのでご注意ください。

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。	年	月	日
	氏名・印	協会 太郎	<input type="checkbox"/> 1.平成 <input type="checkbox"/> 2.令和		
代理人 (口座名義人)	住所	TEL(ハイフン除く)	被保険者との関係		
	(フリガナ)		代理		
	氏名・印				

健康保険 家族（被扶養者） 01111
被保険者証 平成26年6月25日交付

記号 21270023 番号 21

氏名 協会 花子
生年月日 昭和26年10月1日
性別 女
認定年月 平成26年6月1日
被保険者氏名 協会 太郎

事業所名称 ○ 株式会社
保険者番号 01101100116
保険者名称 全国健康保険協会 ○ 支部
保険者所在地 ○ 市○区○町○-○-○

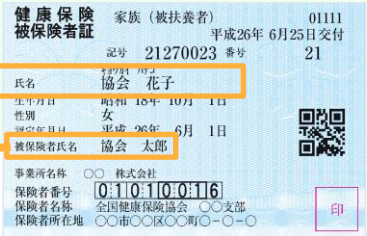
注意 マイナンバーの記入について

- 被保険者（会社にお勤めのご本人）の住民税が課税の場合は、マイナンバーの記入は不要です。
 - 被保険者の住民税が非課税場合のみマイナンバーを記入し、「マイナンバーによる課税情報等の確認申出書」を添付してください。その場合、本人確認書類として番号確認書類 + 身元確認書類の添付が必要です。（記入の手引きをご確認ください）
- ※マイナンバーの記入があり、添付書類が揃っていない場合は申請書をお返すこととなり、お支払いが遅れてしまうこととなりますのでご注意ください。

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。

▶

1～7まで記入もれのないようご記入ください
 申請書は診療月ごとに1.2ページともご記入ください



被保険者氏名		協会 太郎		
申請内容	1 診療月	2 1.平成 2.令和	0106	左記の診療月について、受診者ごと(医療機関、薬局)にご記入ください。
	2 受診者	2 1.被保険者 2.家族(被扶養者)	1 1.被保険者 2.家族(被扶養者)	1 1.被保険者 2.家族(被扶養者)
	氏名	2 協会 花子		
	家族の場合はその方の生年月日	1 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日		
	1 1.昭和 2.平成 3.令和 年 月 日			
	2 61001			
	3 療養を受けた医療機関・薬局の名称	△△総合病院	△△総合病院	□□薬局
所在地	宇都宮市〇〇	宇都宮市〇〇	宇都宮市□□	
4 病気・ケガの別	1 1.病気(異常分岐含む) 2.ケガ(負傷)	1 1.病気(異常分岐含む) 2.ケガ(負傷)	1 1.病気(異常分岐含む) 2.ケガ(負傷)	
療養を受けた期間	2 1.平成 2.令和	0106	01	
日 日	01 ~ 06	16 ~ 25	16 ~	
入院通院の別	1 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	
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	57600 円	24000 円	5800 円	
自己負担額が不明の場合は支払った総額				
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	
助成を受けた制度の名称				
はいの場合	自己負担分の助成の内容	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	1 1.有 2.無	1.有 2.無	1.有 2.無	

1 診療月をご記入ください。

2 受診者がご家族(被扶養者)の場合は、ご家族の氏名・生年月日をご記入ください。

3 「療養を受けた期間」は月をまたがって記入していませんか。暦月(1日～末日)単位での申請となります。

4 限度額適用認定証を利用した医療機関分があれば、その分もご記入ください。