

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 高額療養費 支給申請書

1 2 ページ

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。

被保険者証 記号(左づめ)	番号(左づめ)	生年月日
氏名(カタカナ)		
氏名		
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		



記号番号・氏名(カタカナ)は保険証に記載の記号番号・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、被保険者情報の氏名欄には**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。
※保険証に記載された氏名と口座名義が違う場合、①②の対応必須
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



- 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	銀行・信用金庫・信託	支店名
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。)

社会保険労務士の提出代行名記載欄

【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】
被保険者証の記号・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】
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 >



2ページ目:本人記入欄

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。

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。複数月の申請をまとめて行うことはできません。
※同時に2か月分を申請される場合は、申請書の1・2ページをそれぞれ記入し2部申請書が必要です。
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、村県民税が0円)の方は「⑧非課税等」に☑をしてください。

マイナンバーを利用した情報照会を希望の方は郵便番号をご記入ください。
※診療月によって記入いただく郵便番号が異なります。

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。

被保険者氏名 協会 太郎

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、本申請の支給(合算)対象となる診療等の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 05 年 07 月

② 受診者氏名

③ 受診者生年月日

④ 医療機関(期間)の名称

⑤ 医療機関(期間)の所在地

⑥ 病名・ケガの別

⑦ 療養を受けた期間

⑧ 支払額(右づめ)

②～⑥につきましては医療機関から協会へ請求のあった診療報酬明細書(レセプト)より確認致しますので分かる範囲で記入してください。
不明な場合は、②～⑥は空欄でも申請可能です。

① 診療年月 1 令和 年 月 日 3 令和 年 月 日

⑧ 非課税等 被保険者が非課税である等、自己負担額度の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)に左記に☑を入れてください。

⑨ 被保険者郵便番号(ハイファンコード)

⑩ 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、自己負担額度の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)に左記に☑を入れてください。

⑨ 被保険者郵便番号(ハイファンコード) 99999999

⑩ 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、自己負担額度の所得区分が「低所得」となる場合(記入の手引き参照)に左記に☑を入れてください。

⑨ 被保険者郵便番号(ハイファンコード)

⑩ 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。

照会先

全国健康保険協会 山梨支部
協会けんぽ

〒400-8559
甲府市丸の内3-32-12
甲府ニッセイスクイビル4階
TEL: 055-220-7750 (代表)