

医療機関に支払った1ヶ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(申請者)情報	記号・番号	記号 (左づめ)	番号 (左づめ)	生年月日
	個人番号 (マイナンバー)	記号・番号をご記入 (印字) された場合は個人番号 (マイナンバー) のご記入は必要ありません。(記入 (印字) された場合は本人確認書類等の添付が必要になります。)		
	氏名 (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(ˆ)は1字としてご記入ください。		
	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	都 道 府 県		

振込先指定口座	公金受取口座の利用について <input type="checkbox"/> 1.希望する <input type="checkbox"/> 2.希望しない 「1」を選択された場合は、事前に登録した金融機関の口座へお振込みしますので、以下の振込先情報のご記入は 不要 です。							
	公金受取口座の利用について「2.希望しない」を選択された場合は、上記申請者氏名と同じ名義の口座をご記入ください。							
	<table border="1"> <tr> <td>金融機関名称</td> <td>銀行 金庫 信組 農協 漁協</td> <td>支店名</td> <td>本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所</td> </tr> <tr> <td>預金種別</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金</td> <td>口座番号 (左づめ)</td> <td></td> </tr> </table>	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所	預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)
金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協	支店名	本店 支店 代理店 出張所 本店営業部 営業部 本所 支所					
預金種別	<input checked="" type="checkbox"/> 1 普通預金	口座番号 (左づめ)						

ゆうちょ銀行の口座へお振り込みを希望される場合、支店名は3桁の漢数字を、口座番号は振込専用の口座番号(7桁)をご記入ください。ゆうちょ銀行口座番号(記号・番号)ではお振込できません。

2 ページ目に続きます。 >>>

社会保険労務士の
提出代行者名記入欄

以下は、協会使用欄のため、記入しないでください。

MN確認 (被保険者)	<input type="checkbox"/>	1. 記入有 (添付あり) 2. 記入有 (添付なし) 3. 記入無 (添付あり)
添付書類	所得証明 <input type="checkbox"/>	1. 添付 2. 不備
	戸籍 (法定代理) <input type="checkbox"/>	1. 添付
	口座証明 <input type="checkbox"/>	1. 添付
	その他 <input type="checkbox"/>	1. その他 (理由)
6 4 1 1 1 1 0 3		枚数 <input type="text"/>

受付日付印

(2026.1)

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。

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

「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。

⑦ 診療年月	<input type="text"/> 1 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 2 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月	<input type="text"/> 3 令和 <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月
--------	---	---	---

⑧ 非課税等	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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、 <input checked="" type="checkbox"/> は不要です。
情報照会	「⑧非課税等」に <input checked="" type="checkbox"/> 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。
⑨ 被保険者郵便番号(ハイフン除く)	<input type="text"/>
⑩ 希望しない	<input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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。

6 4 1 2 1 1 0 3