

健康保険

高額療養費・合算高額療養付加金
一部負担還元金・家族療養付加金

支給申請書

診療年月
平成〇〇年〇〇月

◆ 次ページの注意事項をよく読んで記入してください。

被保険者の 記号番号	記号 〇〇〇 番号 〇〇〇〇	被保険者の (請求者) 氏名	健保 太郎 昭・平〇〇年 4月 1日生			
被保険者の 現住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町1-1 電話番号 〇〇〇 (〇〇〇) 〇〇〇〇					
診療を受けた者の 氏名	続柄	保険医療機関 その他の名称	入院・外来別	傷病名	この月に 支払った額	
健保 一郎 昭・平〇〇年〇〇月〇〇日生	長男	〇〇〇〇病院	入 外	ネフローゼ	〇〇〇〇〇 円	
昭・平 年 月 日生			入 外		円	
昭・平 年 月 日生			入 外		円	
昭・平 年 月 日生			入 外		円	
昭・平 年 月 日生			入 外		円	
◎今回申請の診療月以前12ヶ月間に高額療養費の支給を3月以上受けた場合はその直近3月分の診療月		前1回目 年 月分	前2回目 年 月分	前3回目 年 月分		

▼必ず記入してください。

《同意欄》1・2のいずれかを記入してください。

- ① 私は、この申請に係る健保組合からの問い合わせ・支給決定の通知を事業所の健保担当者を通じて行うことに同意します。

被保険者(請求者)氏名 健保 太郎

2. 同意されない方は下記に平日(9時~17時)に連絡の取れる電話番号を記入してください。

- 本人(勤務先/携帯/自宅)
- 家族(氏名) (携帯/自宅)

電話番号 ()

● 振込先を記入下さい。(★フリガナは必ず記入してください)

〇〇	銀行・信金 農協・信組	普通・当座 貯蓄・その他	口座 番号	0 0 0 0 0 0 0 0
〇〇	支店	★ フリガナ	ケンボ タロウ	
		口座名義	健保 太郎	

※ 振込先の金融機関・支店名・口座番号に誤りがないか再度確認してください。

受付日付印

私の受ける金額の受領方を下記の者に委任します。

被保険者氏名 健保 太郎

住所 〇〇県〇〇市〇〇町1

受任者

氏名 〇〇 〇〇

注 意 事 項

1. 申請書は、診療月ごとに作成してください。
2. 《同意欄》は必ず記載してください。事業所担当者へ委任されない方は、『2』に本人又は家族の方の電話番号（平日9時～17時の間に連絡が取れる番号）を記載してください。
3. この申請書は、70歳未満の被保険者・被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別に41,000円を超える自己負担額がある場合に申請（請求）してください。
また、同一月に医療機関別、入院・通院別に21,000円を超える自己負担額が複数ある場合、その合算額が
平成18年9月診療分までは72,300円（標準報酬月額が56万円以上の場合は139,800円）
平成18年10月診療分からは80,100円（標準報酬月額が53万円以上の場合は150,000円）
を超える場合は1枚の請求書に記入してください。
4. 70歳以上の被保険者・被扶養者(老人医療該当者を除く)に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別にすべての自己負担（柔道整復、あんま、はり、きゅう等の施術で支払った額を含む）を記入してください。
5. 「この月に支払った額」は、その支払った額のうち、いわゆる保険診療分について記入し、保険診療とならない特別室料、歯科で認められている差額徴収等については、除いてください。
6. 入院時食事療養費及び老人医療費（75歳以上の方）は、給付の対象となりません。
7. 各地方自治体が実施している乳幼児医療費助成制度の対象になっている乳幼児においては、医療費自己負担分の領収書の写しを必ず申請書に添付してください。
8. 振込先金融機関は間違いのないよう正確に記入してください。支店名・口座番号等に間違いがありますと、あらたに振込手数料（組合負担）がかかります。
9. この支給申請書（請求書）の記入方法等についての不明な点は、組合（業務二課 03-3642-8436）へ問い合わせください。