

診療月(療養を受けた月)

年

月

※申請は月単位となります。複数月を請求する場合、申請月分の記入が必要です。

被保険者(申請者)情報	被保険者等 記号・番号 (右づめ)	記号 <input type="text"/>	番号 <input type="text"/>	枝番 <input type="text"/> <input type="text"/>	マイナ ナンバー <input type="text"/>	記号・番号を記載した場合は記入不要です <input type="text"/>				
	氏名	(フリガナ) -----			生年 月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	<input type="text"/>
	住所	〒			—	都	道			
	電話番号	自宅	()		府	県				
		携帯	()							
委任 選択欄	申請書の審査・決定にあたり、組合からの支払決定通知書等の送付先及び問い合わせ方法について選択してください <input type="checkbox"/> 1. 上記の被保険者(申請者)住所・電話番号へ送付・問い合わせを希望します。 <input type="checkbox"/> 2. 事業所の担当者経由で、送付・問い合わせを希望します。(申請書提出時に既に退職されている方は「1」を選択してください)									

振込先指定口座	金融機関 名称	銀行	金庫	信組	本店	支店			
		農協	漁協	出張所					
		その他()	(※ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入)			本所	支所		
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通	3. 別段	口座番号		※7桁未満の場合は、頭に0をつけて7桁での記入にご協力ください。				
	<input type="checkbox"/> 2. 当座	4. 通知	<input type="text"/>						
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. 申請者 2. 代理人		
	<input type="text"/>								

「2」の場合は受取代理人の欄を必ず記入ください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	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	<input type="text"/>							
	住所	(〒	—)	TEL	()			
代理人 (口座名義人)	(フリガナ)	<input type="text"/>						申請者との 身分関係	
	氏名	<input type="text"/>							

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

受付日付印

申請内容	1 診療月(療養を受けた月)	年 月		[下記の欄は、受診者ごとに、医療機関、入院、通院、薬局別にご記入ください。]		
	2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)		
療養の内容などについて	氏名					
	家族の場合はその方の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	年 月 日	
療養を受けた医療機関・薬局の	名称					
	所在地					
傷病名	おケガの場合は、交通事故など第三者が原因によるものですか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	→ 第三者の行為による傷病届の提出が必要です	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	→ 第三者の行為による傷病届の提出が必要です	
	療養を受けた期間	年 月 日から	年 月 日まで	年 月 日から	年 月 日まで	
医療機関等で支払った金額などについて	入院・外来・調剤の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来・調剤	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来・調剤	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来・調剤		
	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円	円	円		
6 自治体等の医療費助成金、または日本スポーツ振興センターの給付の対象ですか	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円		
	6-① 「1」と回答した方	病院へ支払った金額を確認するため必ず領収書の写しを添付してください		病院へ支払った金額を確認するため必ず領収書の写しを添付してください		
6-② 「2」と回答した方	一部負担還元金と家族療養費付加金はお支払いできません。ご了承ください。		一部負担還元金と家族療養費付加金はお支払いできません。ご了承ください。		一部負担還元金と家族療養費付加金はお支払いできません。ご了承ください。	

◆被保険者の方が非課税者で「低所得の区分」に基づく高額療養費の算定を希望する場合は①～②のいずれかの方法を選択してください

①マイナンバーの情報連携を活用し、非課税証明書の添付の省略を希望します(希望の際は✓を記入)
添付書類の省略を希望する場合は、以下に該当する郵便番号と市区町村名を記入してください。

診療月が 1月～7月の場合	「診療月の前年1月1日時点」の 住民票住所の郵便番号と市区町村名	郵便 番号	〒	□□□□-□□□□	市区 町村
診療月が 8月～12月の場合	「診療月の当年1月1日時点」の 住民票住所の郵便番号と市区町村名	郵便 番号	〒	□□□□-□□□□	市区 町村

②「非課税証明書」の原本を添付します(選択の際は✓を記入)
「非課税証明書」を市区町村から交付を受け原本を添付してください。
※4月から7月診療分は前年度の非課税証明書を、8月から翌年3月診療分については当年度の非課税証明書を添付してください。

組合使用欄

組合確認用 1.領収書の添付 有・無・原本返却 2.外来時の調剤レセ 無 3.保険外金額 室料・文書料・他 円

◇この申請書は一月単位での申請となります。（一つの申請書で複数月の申請はできません）

1. 添付書類

医療機関が発行した領収書の写（写しについては、「白黒のA4サイズ」での提出にご協力をお願いします）

2. 記入方法

組合ホームページの「申請書一覧（6.給付に関する書式）」にある記入例をご参照ください。

3. 注意事項

- (1) 記入を誤ってしまった場合の訂正方法について
記入誤りがあった場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、正しい内容を記載してください。訂正印は不要ですが、訂正した方が分かるように訂正箇所付近の余白に氏名（フルネーム）を記入してください。
- (2) 振込先指定口座について
被保険者（申請者）の口座情報を記入してください。なお、被保険者（申請者）以外の方に振込を希望される場合は、「受取代理人の欄」に被保険者（申請者）および代理人の署名が必要になります。
※扶養家族の方の口座を希望した場合も「代理人」に該当します。受取代理人欄の記載もれがないようご注意ください。
- (3) マイナンバーでの申請について
被保険者等の記号・番号が不明により、マイナンバーで申請する場合は、マイナンバー欄に番号を記入してください。なお、被保険者等の記号・番号は【資格情報のお知らせ】に掲載されています。

4. 申請の対象とならない場合

- (1) 医療費助成金が適用された時
市区町村より、子ども医療費やひとり親家庭医療費などの助成金を受けており、実際の自己負担額が免除されていたり、一部のみ負担で支払いが41,000円未満だった場合は申請の対象となりません。
- (2) 第三者行為で損害賠償金を受けられた時
交通事故や暴力など第三者の行為によって負傷し、医療費の損害賠償を受けられた時（予定）は、申請の対象となります。（係争中で示談までに時間を要し、高額療養費（付加金）の支給を希望される場合は当組合給付課へご相談ください）
- (3) 学校の管理下（登下校中、授業中、部活動中、学校行事等）で負傷した時
学校の管理下におけるおケガの場合は「日本スポーツ振興センター（以下：センター）」より給付金が支給される場合があります。センターでは、自己負担限度額までを給付金の対象としているため、給付金を受け取られた時（予定）は当組合の独自給付である一部負担還元金及び家族療養費付加金は二重給付にあたるため支給することはできません。
なお、限度額適用認定証を使用せずに自己負担限度額を超える負担をした場合は、高額療養費相当分を支給するため、申請書の提出が必要となります。

5. 提出先と振込日について

- (1) 申請書の提出（送付）先及び問い合わせ先
この申請書は、当組合（下記住所）または事業所の担当者を通じて提出してください。また、申請方法や制度についてのご質問は下記までご連絡をお願いします。

〒135-0047 東京都江東区富岡2丁目11-12
倉庫業健康保険組合 給付課 TEL 03-3642-8436

- (2) 振込日について
診療を受けた月から2ヶ月後に診療報酬明細書が組合に届くため、診療月から3ヶ月後のお支払いとなります。なお、既に診療報酬明細書が組合に届いており記載事項等に不備がない場合は、受付日よりおおよそ2週間程で指定口座へお振込みいたします。
※保険給付決定支払通知書は振込日に、被保険者（申請者）情報の委任選択欄で記入（希望）された所へ送付いたします。