

診療月(療養を受けた月) R5 年 5 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	番号	枝番	マイナンバー	記号と番号を記入された場合は、マイナンバーは記入しないでください。					
	氏名	(フリガナ) ソウコ タロウ	1 2 3	4 5 6	0 0	0 1 2 3	4 5 6 7	8 9	1 2	被保険者とは、お勤めされ保険料をご負担されている方を指します。被扶養者の方の名前を記入しないよう注意してください。	
	住所	〒 100 - 1234	東京			マンション・アパート名まで記入してください。					
	電話番号	自宅 03 (1234) 5678 携帯 090 (9876) 5432	東京都			江東区富岡1-1-1 ライオンズマンション503					
	委任 選択欄	申請書の審査	組合からの問い合わせ並びに決定通知書の送付先をお選びください。			方法について選択してください					

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。
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	ゆうちょ	銀行	金庫	信組	本店	支店	出張所	本所	支所	ゆうちょ銀行は支店番号3桁を記入し、その他の金融機関は支店名を記入してください。
	預金種別	1	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号	0 1 2 3 4 5 6	※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。					
	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	1	1. 申請者 2. 代理人		

「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	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
	被保険者 (申請者)	氏名	被保険者(上記でいう太郎さん)以外の口座を記入された場合は、こちらの「受取代理人の欄」に被保険者と代理人の署名が必要となります。※配偶者の方も代理人にあたります、署名漏れがないようご注意ください。		
	代理人 (口座名義人)	氏名			
		住所	申請者との 身分関係		

「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

組合独自の給付である一部負担還元金と家族療養費付加金(付加給付)の対象となるのは、
 受診した「月ごとの領収書」を、①受診者ごと、②病院ごと、③入院と外来別ごと、④医科と歯科別ごとに分けた
 後、いずれかの一部負担金が41,000円を超えた場合に該当します。(レセプト1件単位での計算)
 また、健康保険法が定める高額療養費は、一部負担金が21,000円以上あるものが計算の基礎となるため、記
 入にあたっては、21,000円以上の負担があった医療機関(薬局)情報の全てを記入してください。

申請内容	1 診療月 (療養を受けた月)	R5 年 5 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	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者) 氏名 倉庫 花子 家族の場合はその方の 生年月日 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 48 年 11 月 30 日 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	この欄は、高額療養費の計算の基礎となる「一部負担金が21,000円以上」となった情報を全て記入してください。 外来分を申請する場合は、処方された調剤(薬局)分を合算できます。よって薬局への支払がある場合は金額の大小に関わらず薬局情報も記入してください。		
3 療養を受けた医療機関・薬局の	名称 東京倉庫病院 所在地 江東区富岡2-2-2				
療養の内容などについて	4 傷病名	左膝前十字靭帯損傷	【入院】の場合は、入院した期間と一部負担金額を記入してください。 【外来】の場合は、一日単位で記載する必要はありません。一月の合計額を記入して下さい。 金額は、食事負担額と保険適用外のものを含めない額を記入してください。分からない時は、領収書の金額を下段に記入してください。		
	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	2 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input checked="" type="checkbox"/> <small>第三者の行為による傷病届の提出が必要です</small>			
医療機関等で支払った金額などについて	療養を受けた期間	R5 年 5 月 1 日から 10 日まで <small>(※月を跨いでの記入はできません)</small>	金額は、食事負担額と保険適用外のものを含めない額を記入してください。分からない時は、領収書の金額を下段に記入してください。		
	入院通院の別	1 1. 入院 2. 外来・調剤			
	5 保険診療分の金額(領収書の一部負担金や自己負担額を記載)	80,500 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	3 1. 自治体の医療費助成の対象である 2. 学校内のケガで日本スポーツ振興センターの給付の対象である 3. 対象ではない	申請書の注意事項「4.申請の対象とならない場合」を参照してください。			
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				
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。				

◆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 〒	

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。

被保険者の方が「非課税者」である場合は、「低所得者の区分」にて申請することができます。
 ご希望の際は、添付書類が必要となるため、希望する添付方法の箇所にチェックを入れて申請してください。

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
-------	-------------------	--------------	------------------	---