

健康保険 被保険者 高額療養費・付加金 支給申請書
家族

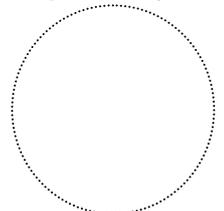
※申請書は月ごとに1枚必要です。

| | | | |
|--|--|-----------------------|-------------------------------|
| 下記のとおり請求します。なお給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続・特例退職は除く) | | | |
| 被保険者証の 記号 - 番号 | — | 事業所名 | (任意継続・特例退職被保険者は記入不要です) |
| 被保険者氏名 | ㊟ <small>被保険者が自ら記入(自署)する場合には押印は不要です</small> | 被保険者 生年月日 | 昭和・平成・令和 年 月 日 |
| 被保険者住所 日中連絡先電話番号 | 〒 TEL () — | | |
| 診療を受けた月 | 平成・令和 年 月 | 診療分 | ※「領収書(原本)」を添付して下さい。(確認後返却します) |
| 療養を受けた 者の氏名 | | | |
| 生 年 月 日 | 平成・令和 年 月 日 | 平成・令和 年 月 日 | 平成・令和 年 月 日 |
| 被保険者との続柄 | | | |
| 医 療 機 関 名 | | | |
| 種 類 | 入院・外来・調剤 | 入院・外来・調剤 | 入院・外来・調剤 |
| 当月中に療養を 受けた期間 (診療実日数) | 月 日～ 日 (日間) | 月 日～ 日 (日間) | 月 日～ 日 (日間) |
| 診 療 科 | 医科・歯科・調剤 | 医科・歯科・調剤 | 医科・歯科・調剤 |
| 病院等へ支払った 金額(保険診療分) | (食事負担金・自費分は除く) 円 | (食事負担金・自費分は除く) 円 | (食事負担金・自費分は除く) 円 |
| 公的制度の医療助成 は受けられますか? | 1. 受けられる 2. 受けられない | 1. 受けられる 2. 受けられない | 1. 受けられる 2. 受けられない |
| ※公的制度(市区町村等)から医療助成が受けられる場合は、助成内容が分かるもの(コピー)を添付して下さい。 ただし、過去1年以内に受給者証等の写しをご提出済の方で、助成内容に変更がない場合は添付不要です。 | | | |
| ※1 備 考 | | | |

| | | | |
|-----|-----|-----|---|
| | 課 長 | 係 長 | 係 |
| 所 属 | | | |

※1 個人番号を記入する場合は、備考に記入してください。
なお被保険者証の記号番号を記入した場合は、個人番号の記入は不要です。
個人番号を記入する場合は、番号確認および身元確認をおこないますので、個人番号カードか個人番号通知カードおよび写真つき身分証明書(保有していない場合は住所氏名が記載された公的書類を2つ以上)を申請者が健保に直接持参してください。

受 付 印



公的制度(市区町村等)から支給される場合は、付加金の支払いはいたしません。

※申請にあたっての詳細は裏面をご参照下さい。

高額療養費の申請対象となるもの

| | | |
|---|--|---|
| <p>①月ごとに分けます</p> <p>○月分 ○月分・・・</p>  | <p>②医療機関ごとに分けます</p> <p>A病院 B薬局・・・</p>  | <p>③医療機関別の入院と外来に分けます</p> <p>A病院入院 A病院外来・・・</p>  |
| <p>④医療機関別・入院・外来別で医科・歯科に分けます</p> <p>調剤薬局は処方せん発行医療機関ごとにも分けます</p> <p>分類した領収書ごとに保険診療分を集計します</p> <p>A病院入院 (医科) A病院入院 (歯科) B病院外来 (医科) C病院外来 (歯科) D調剤薬局 (B病院処方分) D調剤薬局 (C病院処方分)</p>  <p>合計〇〇円 合計〇〇円 合計〇〇円 合計〇〇円 合計〇〇円 合計〇〇円</p> <p>集計した結果、合計額が25,000円を超えるものが申請の対象となります</p> <p>※保険診療分のみを計算します (自費分・食事負担分は含めません)</p> | | |

【申請が必要な方】 2020年度4月診療分から中学校卒業年度末までの方です。