

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。

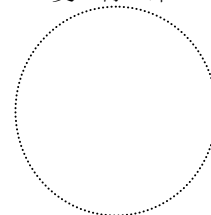
下記のとおり請求します。なお給付金の受け取りについては事業主に委任します。(任意継続・特例退職は除く)

被保険者証の 記号 - 番号	〇〇 - 99999	事業所名	(任意継続・特例退職被保険者は記入不要です) 株式会社〇〇〇〇
被保険者氏名	健保 太郎 (印) 被保険者が自ら記入(自署)する場合には押印は不要です	被保険者 生年月日	昭和・平成・令和 60年 5月 1日
被保険者住所 日中連絡先電話番号	〒 530-**** 大阪市〇区〇〇町〇丁目〇-〇〇 TEL ( 06 ) **** - ****		
診療を受けた月	平成・令和 2年 4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	健保 花	健保 康	健保 康
生年月日	平成・令和 27年 12月 10日	平成・令和 1年 7月 25日	平成・令和 1年 7月 25日
被保険者との続柄	長女	長男	長男
医療機関名	〇〇病院	〇〇クリニック	〇〇〇調剤薬局
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)	4月 1日～ 10日 ( 10日間)	4月 3日～ 15日 ( 3日間)	4月 3日～ 8日 ( 日間)
診療科	内科・歯科・調剤	内科・歯科・調剤	内科・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) 200,600 円	(食事負担金・自費分は除く) 30,100 円	(食事負担金・自費分は除く) 25,300 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			

所属	課長	係長	係

※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。