

健康保険 被保険者 高額療養費・付加金 支給申請書  
家族

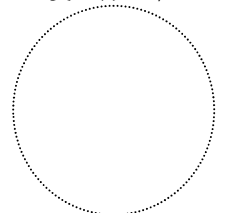
※申請書は月ごとに1枚必要です。

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)			
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 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」の添付は <u>不要</u> です。	
療養を受けた者の氏名			
生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日	昭和・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)から医療費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、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。



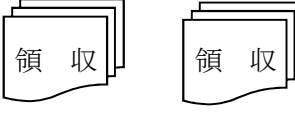


















受付印



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> <table border="0" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>A病院入院 (医科)</td> <td>A病院入院 (歯科)</td> <td>B病院外来 (医科)</td> <td>C病院外来 (歯科)</td> <td>D調剤薬局 (B病院処方分)</td> <td>D調剤薬局 (C病院処方分)</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>合計〇〇円</td> <td>合計〇〇円</td> <td>合計〇〇円</td> <td>合計〇〇円</td> <td>合計〇〇円</td> <td>合計〇〇円</td> </tr> </table> <p>集計した結果、合計額が 25,050 円を超える保険診療分のみが申請の対象となります。          (自費分・食事負担分は含めません)</p> <p>なお、B病院外来とD調剤薬局 (B病院処方分) の合計額、 C病院外来とD調剤薬局 (C病院処方分) の合計額が 25,050 円を超えるものも含まれます。</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)							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
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)															
																				
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															

### 【申請が必要な方】・中学校卒業年度末までの方

- ・同月、同一病院の外来で支払った医療費と、その際に発行された処方箋により調剤薬局で支払った薬剤費を合算して 25,050 円以上になる方