※ 自己負担金	ア 830以上	252,600円＋（	円－842,000円）×1%					
		多数	140,100円					
	イ 530～790	167,400円＋（	円－558,000円）×1%					
		多数	93,000円					
	ウ 280～500	80,100円＋（	円－267,000円）×1%					
円－		多数	44,400円	=				円
	エ 260以下		57,600円					
		多数	44,400円					
	オ 非課税者		35,400円					
		多数	24,600円					

※ 法定							円
付加							
合計							

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費・付加金支給申請書

※ ア・イ・ウ・エ・オ （ ）回 （ ）

被保険者情報

① 被保険者証	記号 番号	② 生年月日	昭和・平成 年 月 日
③ 氏名	（フリガナ）		
④ 住所	〒 － 都・道 府・県		
		⑤ 電話番号（日中の連絡先）	（ ）
⑥ 事業所名称		⑦ 問い合わせ先（チェックが無い場合は事業所へ連絡いたします）	☐ 被保険者 ☐ 事業所 ☐ 社労士

◎【ご注意ください】家族（被扶養者）の方の療養費であっても、被保険者情報の欄には、被保険者の氏名、生年月日、住所などをご記入ください。

申請内容

⑧ **診療月（月単位で申請）**	令和 年 月 （左記診療月に対し、受診者ごと（医療機関、薬局、入院、通院別等）にご記入ください。）			
⑨ 受診者の	氏名	続柄（ ）	続柄（ ）	続柄（ ）
	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
⑩ 傷病名（外傷性の傷病の場合のみ記載願います。）				
⑪ 外傷による負傷の原因（外傷の場合のみ記載ください）	負傷日時	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	負傷場所			
	負傷原因（何をしている時、どんな状況で）			
	第三者行為によるものですか	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
⑫ 療養を受けた医療機関や薬局の	名称			
	所在地			
⑬ 診療を受けた期間（月単位）		令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで	令和 年 月 日 から 日 まで
種類		☐ 入院 ☐ 外来 ☐ 調剤	☐ 入院 ☐ 外来 ☐ 調剤	☐ 入院 ☐ 外来 ☐ 調剤
⑭ 病院等に支払った額（保険診療分の自己負担額）		円	円	円
		※	※	※
⑮ 他の公的制度から医療費の助成を受けていますか		はい ・ いいえ	はい ・ いいえ	はい ・ いいえ
（はいの場合は制度名等）受給者証の写しを添付してください		制度名 ▸ 自己負担分の助成 ▸ 全額助成 ・ 一部自己負担あり	制度名 ▸ 自己負担分の助成 ▸ 全額助成 ・ 一部自己負担あり	制度名 ▸ 自己負担分の助成 ▸ 全額助成 ・ 一部自己負担あり

◎振込先欄には被保険者（③欄の方）の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

振込先

公金受取口座	☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。）		
金融機関名称	銀行コード 支店コード	銀行・金庫・信組 農協・その他（ ） 支店・本店・出張所 その他（ ）	預金種別：普通・当座・その他（ ） 口座番号（右づめで記入）
口座名義	**カタカナで記入**	口座名義区分	被保険者（申請者） ☐ 事業所の受領代理人 ☐

◎委任状欄は事業所より届出されている口座へ振込みする場合のみご記入ください。

委任状

被保険者（申請者）	本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 氏名
受領代理人	氏名

確認欄	
☐	被保険者非課税の場合、「チェック」をしてください。

マイナンバー記入欄（被保険者証の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

受付日付印

◎ 訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。

◎ 高額療養費及び付加給付は、医療機関等からの診療報酬明細書に基づいて支給決定しますので、給付金の支払は診療を受けた月から最短で3ヶ月あとになります。

◎ 都道府県並びに市区町村より医療費の助成を受けられている方で保険診療に対する一部負担金の支払をしていない方や、一部負担金の支払いが20,000円以下の方は、付加金の支給対象となりません。

◎ 「※」印欄は当組合記入欄ですので記入しないでください。