※ 自己負担金								
円−	ア 830以上		252,600円＋（		円−842,000円）×1%		=	円
		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%			
		多数	44,400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 被保険者等記号・番号	記号 番号	記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください	
③ 氏名	（フリガナ）	② 生年月日	昭和・平成 年 月 日
④ 住所	〒 ー 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）	平成 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

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
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

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

受付日付印

確認欄	
□	被保険者本人が非課税の場合、「チェック」をしてください。

◎ 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。

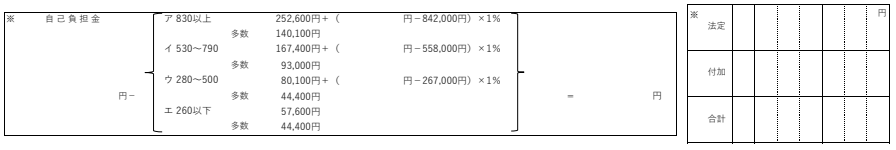
◎ 振込先欄には被保険者（③欄の方）の口座または、事業所より届出されている口座をご記入ください。

◎ 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。

◎ 「※」印欄は当組合記入欄ですので記入しないでください。

◎ 訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。

東京都電機健康保険組合 ｜医療給付課 03-3834-7215



※ 自己負担金

円－ 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%
多数 44,400円
エ 260以下 57,600円
多数 44,400円
＝ 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 （ ）

① 被保険者等記号・番号 記号 9876 番号 654321 記号番号がわからない場合はマイナンバーを記入してください 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2

② 氏名 （フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎 生年月日 昭和・平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日

④ 住所 〒 113 － 0000 東京 都・道 府・県 文京区○○ ×－×－×
□□マンション×××号

⑤ 電話番号（日中の連絡先） ××（××××）××××

⑥ 事業所名称 株式会社 □□□□

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。

③ 診療月（月単位で申請） 平成 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。）

④ 受診者の	⑨ 氏名	健保 花子 続柄（ 妻 ）	健保 花子 続柄（ 妻 ）	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。）	右足関節捻挫		
⑤ 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	自宅内の風呂場で		
	負傷原因（何をしている時、どんな状況で）	入浴時、マットが滑って足を挫った		
	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	△△総合病院	○○○○薬局	
	所在地	東京都文京区×× △－△－△	東京都文京区×× □－□－□	
	⑬ 診療を受けた期間（月単位）	平成 令和 ×× 年 × 月 × 日から × 日まで	平成 令和 ×× 年 × 月 × 日から × 日まで	平成 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
⑥	⑭ 病院等に支払った額（保険診療分の自己負担額）	×,××× 円 ※	△,△△△ 円 ※	円 ※
⑦	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

⑧ 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 9 9 9 9 ○○○○ （銀行・金庫・信組・農協・その他） 預金種別 （普通）・当座・その他（ ）
支店コード 9 9 9 ○○○○ （支店・その他）本店・出張所 口座番号 1 2 3 4 5 6 7
口座名義（カタカナで記入） 口座名義区分 □ 被保険者（申請者） □ 代理人

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

受付日付印

⑨ ※欄

□ 被保険者本人が非課税の場合、「チェック」をしてください。

◎ 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。
◎ 都道府県または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21,000円以下の方は、付加金の支給対象となりません。
◎ 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。
◎ 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。
◎ 「※」印欄は当組合記入欄ですので記入しないでください。
◎ 訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。

東京都電機健康保険組合 (R6.12)

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

① 被保険者等記号・番号は、「マイナポータルの資格確認画面」、「資格情報のお知らせ」「資格確認書」のいずれかでご確認ください。わからない場合は、マイナンバーをご記入ください。

② 被保険者情報の欄には被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。（住所、振込先口座も同様です。）
※除籍謄本、住民票等が必要になる場合があります。詳細はお問合せください。

③ 月（１日から末日）を単位としてご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入して申請はできません。（支払日でなく受診日、調剤日の月単位でご記入ください。）

④ 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。同一医療機関を複数日受診している場合は、一枠内にひと月の合計金額をご記入ください。

⑤ 傷病の原因が第三者行為によるものの場合は、当組合へご連絡いただいたうえ、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。
※スポーツ中の怪我等で相手への損害賠償請求が生じない場合は「いいえ」に○をつけてください。

⑥ 病院等に支払った額は保険診療分の金額をご記入ください。（差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などは含めません。）
自己負担限度額を超える場合、または21,000円以上の一部負担金が複数ある場合に記入してください。70歳以上の方は全ての金額を記入してください。

⑦ 受診された方が「乳幼児」「ひとり親家庭」などで、市区町村から医療費助成を受けている場合は、その制度名をご記入ください。また、医療機関の窓口での自己負担がない場合は、「全額助成」に、自己負担がある場合は、「一部自己負担あり」に○を付けてください。かつ医療証の写しを添付してください。

⑧ 振込先は被保険者名義の口座を記入してください。ご家族の口座へのお振込は出来ません。振込先を事業所に指定する場合、委任状欄にご記入ください。
※必ず「銀行コード」・「支店コード」は通帳等を確認のうえご記入ください。

⑨ **被保険者本人**が非課税の場合は、確認欄に必ず「チェック」を記載してください。
※被扶養者が非課税の場合は、チェック対象外です。
※所得区分がア・イ（70歳以上の方は標準並みⅢ、Ⅱ）の場合は、非課税であっても高額療養費の支給区分は非課税となりませんので、チェック対象外です。
※赴任等で海外在住の方は、住民税の制度自体の対象とならないため、対象外です。

〈添付書類〉
◎領収書の写し（A４サイズ）
（領収書紛失の場合は再発行の領収書（原本）又は領収証明書（原本）
※出産の場合は出産費用明細書の写しを添付してください。
○非課税証明書原本（被保険者本人が非課税の方で、対象年度で初回申請の場合のみ）
※受診（申請対象）月により、添付いただく証明書の年度（所得年）が異なります。申請予定の方は事前に医療給付課までお問い合わせください。

※提出先住所 〒113-8566 東京都文京区湯島3-15-4 東京都電機健康保険組合 医療給付課