

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

健康保険
被扶養者
世帯全員

被保険者
健康保険
被扶養者
世帯全員

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

2 氏名

3 住所

4 事業所名称

記号 9876
番号 654321

(フリガナ) ケンボ タロウ
健保 太郎

〒 113 - 0000 東京 文京区〇〇×-×-×
〇〇マンション×××号

株式会社 〇〇〇〇

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

3 生年月日 昭和 平成 ×× 年 ×× 月 ×× 日

5 電話番号 (日中の連絡先) ×× (××××) ××××

7 問い合わせ先 (チェックが難しい場合は事業所へ連絡いたします) 〇 被保険者 〇 事業所 〇 社労士

※【ご注意ください】家庭(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)

4 受診者の氏名

5 傷病名(外傷性の傷病の場合のみ記載願います。)

6 病院等に支払った額(保険診療分の自己負担額)

7 他(の)の公的制度から医療費の助成を受けていますか

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。)

健保 花子 健保 花子 続柄(妻) 続柄(妻) 続柄(妻)

右足関節捻挫 自宅内の風呂場で入浴時、マットが滑って足を捻った はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ

△△総合病院 ○○○○薬局 東京都文京区××△-△-△ 東京都文京区××□-□-□

平成 令和 ×× 年 × 月 × 日から 平成 令和 ×× 年 × 月 × 日まで 平成 令和 年 月 日から 平成 令和 年 月 日まで

〇 入院 〇 外来 〇 調剤 〇 入院 〇 外来 〇 調剤 〇 入院 〇 外来 〇 調剤

×, × × × 円 △, △ △ △ 円 円

はい・いいえ はい・いいえ はい・いいえ

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 公金受取口座

9 金融機関名称

口座名義(カタカナで記入)

マイナンバー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、下記の口座情報欄の記入は不要です。)

銀行コード 9 9 9 9 〇〇〇〇 支店コード 〇〇〇〇

口座名義 〇〇〇〇

口座情報欄の記入は不要です。

口座番号 1 2 3 4 5 6 7

口座名義区分 〇 被保険者(申請者) 〇 代理人

委任状

被保険者(申請者)

受領代理人

本申請に基づき給付金に関する受領を代理人に委任します。

氏名

氏名

9

被保険者非課税の場合、「チェック」をしてください。

⑥ 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遅で3ヶ月あとなります。

⑦ 新年度開始時に市町村から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が、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す。

⑧ 振込先欄には被保険者(③欄の方)の口座または、事業所より提出されている口座へ振込みます。また、④欄の振込先欄は事業所より提出されている口座へ振込みます。また、④欄の振込先欄は事業所より提出されている口座へ振込みます。

⑨ 「別」印欄は当組合を記入欄です。ご記入しないください。

⑩ 訂正箇所には、二重線を引き訂正してください。

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、チェックの対象外です。

(添付書類)

- ① 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。

※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