

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 **高額療養費** 支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者氏名

申請内容	① 診療月	令和 年 月			左記の診療月について、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。
	② 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	
療養の内容などについて	氏名 家族の場合はその方の 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	
	③ 療養を受けた医療機関・薬局の 名称 所在地				
	④ 傷病名 ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。 療養を受けた期間 入院通院の別	年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	年 月 日 から 年 月 日 まで <input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	
	⑤ 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額) 自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円	
医療機関等で支払った金額などについて	⑥ 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか はいの場合	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	
	助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	

【添付書類】

◎領収書原本

◎被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下記に市区町村長より証明を受けるか、「(非)課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)

市区町村長が証明する欄 当該被保険者は令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 市区町村長名 印

① の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

① 診療月 1 年 月 2 年 月 3 年 月

・高額療養費・付加金の算定は、医療機関からのレセプト(診療報酬明細書)に基づき計算されます。レセプトは審査機関を経由して、診療月の翌々月に当組合に提出されるため、計算の確定まで3ヵ月以上要します。

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)

被保険者情報	被保険者証の (右づめ)	記号 [][][][]	番号 [][][][][][][][]	生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	氏名 (フリガナ)	-----		自署の場合は押印を省略できます。
	住所	(〒 -)	都 道 府 県	
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者または負傷した方が記入するところ	負傷した方	<input type="checkbox"/> 被保険者・ <input type="checkbox"/> 被扶養者(氏名)			
	傷病名				
	負傷日時	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後	時 頃	
	負傷した時間帯(状況)	<input type="checkbox"/> 勤務時間中 <input type="checkbox"/> 勤務日の休憩中 <input type="checkbox"/> 出張中 <input type="checkbox"/> 私用中 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 通勤途中 (<input type="checkbox"/> 出勤 <input type="checkbox"/> 退勤 / <input type="checkbox"/> 寄り道等有り <input type="checkbox"/> 寄り道等無し)			
	負傷場所	<input type="checkbox"/> 会社内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他()			
	負傷原因 負傷原因で次にあてはまるものがありますか	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 暴力(ケンカ) <input type="checkbox"/> スポーツ中 (<input type="checkbox"/> 職場行事 <input type="checkbox"/> 職場行事以外) <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼い主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> あてはまらない			
	上記にあてはまる原因がある場合、相手はいますか。また、その場合は、あなたは被害者ですか、加害者ですか。	相手: <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> あなたは被害者 <input type="checkbox"/> あなたは加害者	※相手がいる場合の負傷の場合は「第三者行為による傷病届」の届出が必要です。	
	負傷したときの状況を具体的に ご記入ください。				
	治療経過	令和 年 月 日	記入日現在	<input type="checkbox"/> 治癒 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 中止	
	治療期間	令和 年 月 日	から	令和 年 月 日	まで

受付日付印