

--	--	--	--

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(申請者)情報	被保険者証の (右づめ)	記号 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>					番号 <table border="1" style="width: 150px; height: 20px;"><tr><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td><td style="width: 30px;"></td></tr></table>									生年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>						
氏名	(フリガナ) -----																					
住所	(〒 -)	都 道 府 県	市 郡 区																			
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)

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所								
	預金種別	1 1. 普通	口座番号 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"><tr><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td><td style="width: 20px;"></td></tr></table>								
口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)										

口座名義の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人
---------	--

【2】の場合は必ず記入・押印をしてください。(押印省略不可)

委任欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		令和 年 月 日
	代理人 (口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	委任者と 代理人との 関係

住所	(〒 -) TEL ()
氏名・印	(フリガナ) -----

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者証の記号番号を記入した場合は不要です
・マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が別途必要です

被保険者のマイナンバー記載欄 -----

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

印

受付日付印

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	年 月 日 [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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
療養の内容などについて	3 療養を受けた医療機関・薬局の名称			
	所在地			
療養の内容などについて	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	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで	年 月 日 から 年 月 日 まで
療養の内容などについて	入院通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 通院・その他	<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)	円	円	円
療養の内容などについて	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円
	6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	<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
療養の内容などについて	はいの場合	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

【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

申請内容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

7 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か月以上要します。

健康保険 負傷原因 届

被保険者(届出者)記入用

被保険者情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	被保険者証の (右づめ)		<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成			
	氏名	(フリガナ)				

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「第三者行為による負傷届」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	現在	<input type="checkbox"/> 治愈 <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