

--	--	--	--

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 [][][][]	番号 [][][][][][][][][][]	枝番 [][]	生年月日 年 月 日
	氏名	(フリガナ) -----			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成
	住所	(〒 -)	都 道 府 県		市 郡 区
	電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			
<input type="checkbox"/> 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は <input checked="" type="checkbox"/>)					

※原則、被保険者宛に支給致します。被保険者名義の口座をご記入ください。

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	<input type="text" value="1"/> 1. 普通	口座番号	[][][][][][][][][][]
	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. 事業主 <input type="checkbox"/> 3. 医療機関

【2】【3】の場合は必ず記入・押印をしてください。(押印省略不可)
※医療機関に委任をご希望の際は、事前に医療機関ご担当者様より当組合にご連絡ください。

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)	氏名・印 住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ	
		(〒 -) TEL ()	
		住所 (フリガナ) -----	
		氏名・印	

「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 -----

受付日付印

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄

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			〔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)			
	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			
	名称						
	所在地						
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						
	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 [][] 月 [][] 日まで	[][][][][][] 年 月 日 から [][] 月 [][] 日まで	[][][][][][] 年 月 日 から [][] 月 [][] 日まで			
	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			
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	円			円		
	自己負担額が不明の場合は支払った総額	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			
	助成を受けた制度の名称						
	はいの場合	<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			
	自己負担分の助成の内容						

【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。

ケガなど、外傷性の負傷の場合はこちらの書類もご提出下さい。

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	枝番	生年月日	年	月	日	
	被保険者証の (右づめ)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 昭和	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
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	※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。					
		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> あなたは加害者						
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

日研グループ健康保険組合

(R6.4)