

--	--	--	--

被保険者 健康保険 被扶養者 高額療養費 支給申請書

1 2
被保険者(申請者)記入用

被保険者情報	被保険者等の (右づめ)	記号	番号	枝番	生年月日	年	月	日	
					<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成				
	氏名	(フリガナ)				事業所名			
	※派遣社員の場合、就業先ではなく「派遣元の会社」を記入								
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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 その他 ()		<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所		
	預金種別	1	1. 普通	口座番号		左づめでご記入ください。
	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。)				

【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
		氏名・印	印	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	(〒 -) TEL ()			
	住所	(フリガナ)		
	氏名・印		印	

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

・被保険者等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	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 生年月日			<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日		
	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		
	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		
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		
	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		

【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				
	被保険者等の (右づめ)				<input type="checkbox"/> 昭和				<input type="checkbox"/> 平成		
氏名	(フリガナ)			事業所名							
				※派遣社員の場合、就業先ではなく「派遣元の会社」を記入							

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"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 学校内 <input type="checkbox"/> 路上 <input type="checkbox"/> 駅構内 <input type="checkbox"/> その他()												
	負傷原因	<input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 動物による負傷(飼主: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <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"/> 授業 <input type="checkbox"/> 部活動・クラブ <input type="checkbox"/> 大会) <input type="checkbox"/> いずれにもあてはまらない												
	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」、相手がいない自損事故は「自損事故による傷病届」の届出が必要です。						<input type="checkbox"/> あなたは加害者		<input type="checkbox"/> 無
負傷状況 ※負傷した状況が分かるようにご記入ください。未記入の場合は受理できません。														
治療期間について	<input type="checkbox"/> 治癒した (通院期間: 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日) <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 医師の指示による治療期間(令和 年 月 日頃治療終了予定) <input type="checkbox"/> 経過観察中(次回受診予定: 令和 年 月 日頃) ほか、治療・受診について医師からの指示があれば以下の余白にご記入ください。 []													

※通勤災害・労働災害は健康保険の対象外です。
本書を健康保険組合にご提出頂くとともに会社のご担当者様にご報告下さい。

※以下の行為は健康保険の給付対象外です。
・酒酔い運転、酒気帯び運転、無免許運転等自己の故意による犯罪行為や、自殺未遂による治療費等故意により給付事由を生じさせた場合(健康保険法第116条)
・暴力やケンカを含む闘争、泥酔など著しい不行跡(健康保険法第117条)
給付対象外の治療に健康保険を使用した場合、請求が生じる場合がございます。

日研グループ健康保険組合

受付日付印