

高額療養費・付加給付金支給申請書 記入例

高額療養費・付加給付金 支給申請書			
高額療養費 家族高額療養費 世帯合算高額療養費		一部負担還元金 家族療養費付加金 合算高額療養費付加金 訪問看護療養費付加金 家族訪問看護療養費付加金	
※診療月ごとに申請をしてください			
1 診療月	令和 6 年 4 月分	被保険者氏名	2 健保太郎
記号	000	番号	000
事業所名	000株式会社		
住所	〒 000 - 0000 東京都江東区錦糸 1-2-3 (口中連絡のとれる電話番号： 自宅・携帯・会社) 3 TEL 000 - 0000 - 0000		
4 受診者の氏名	1 健保太郎 (続柄)	2 健保花子 (続柄)	3 健保花子 (続柄)
生年月日(続柄)	昭和 〇年 〇月 〇日 (本人)	昭和 〇年 〇月 〇日 (妻)	昭和 〇年 〇月 〇日 (妻)
5 傷病名	000	000	000
医療機関 調剤薬局名称	000病院	000病院	〇〇薬局
6 療養期間	令和 6 年 4 月 10日 ~ (21日間) 令和 6 年 4 月 30日	令和 6 年 4 月 3日 ~ (2日間) 令和 6 年 4 月 24日	令和 6 年 4 月 24日 ~ (1日間) 令和 6 年 4 月 24日
7 窓口で支払った額 (自己負担額)	100,000 円	30,000 円	5,000 円
診療種別	入院・外来・調剤	入院・外来 調剤	入院・外来・調剤
8 地方公共団体の福祉医療 費助成制度に該当し、自己 負担額の助成を受けていま すか (〇で囲んでください)	受けている / 申請中 / 該当しない ↓ <次のどの助成制度ですか> ・子ども医療 ・ひとり親家庭 ・重度心身障害者医療 ・その他の制度()	受けている / 申請中 / 該当しない ↓ <次のどの助成制度ですか> ・子ども医療 ・ひとり親家庭 ・ <u>重度心身障害者医療</u> ・その他の制度()	受けている / 申請中 / 該当しない ↓ <次のどの助成制度ですか> ・子ども医療 ・ひとり親家庭 ・ <u>重度心身障害者医療</u> ・その他の制度()
組合記入欄	今回の診療月以前12ヶ月間に高額療養費の支給が3ヶ月以上ある場合、直近3回の診療月(多数該当)		
9 振込口座	10 委任状		
銀行 〇〇〇 本店 信金 農協 〇〇〇 支店 (銀行コード) 信組 (店番コード)	本請求に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 令和 年 月 日 住所 被保険者(申請者) 氏名 印 代理人 住所 氏名 委任者との関係		
口座番号(右詰めで記入してください) 普通 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 当座 ※〇で囲んでください	口座名義(カタカナ) ケンポ タロウ		
振込口座について… 被保険者(申請者)名義の口座を記入してください。なお、被保険者以外(代理人)の口座にお振込みを希望される場合は委任状に記入のうえ代理人名義の口座を記入してください。			
【注意事項】			
1. 高額療養費・付加給付金を請求する権利は、診療月の翌月から2年で時効消滅となります。			
2. ひと月に、個人ごと、医療機関ごと(同じ医療機関でも入院・外来・歯科は別)・調剤薬局ごと、それぞれの自己負担金が26,120円以上であった場合に申請をして下さい。※薬を調剤薬局(院外)で処方された場合、外来と調剤薬局を合算します。			
3. 支給基準については、裏面に記載してあります。			
4. 領収書をご確認のうえ、入院・外来・調剤の診療種別ごとに記入してください。			
5. 続柄欄は、被保険者は本人、被扶養者は妻・長男・二女・三男など具体的に記入して下さい。			
6. 次のケースにおける自己負担額はこの給付に該当しません。 入院時の食事療養費、自費診療(差額ベッド代・売店購入等)、保険適用外治療費、交通費			
7. 被保険者が市町村民税非課税者の場合は、被保険者の非課税証明書を添付してください。			
8. 付加給付金については、公費と同様に地方公共団体から支給される福祉医療費助成制度(子ども医療ひとり親家庭、重度心身障害者医療等)が優先となります。			
社会保険労務士 提出代行者			
受付日付印			

- 診療月ごとに申請してください
- 診療(入院・通院)が1カ月以上続く場合は、暦月単位(月初～月末)ひと月ごとに申請してください
- 被保険者の氏名を記入してください
- 被保険者が亡くなられて、相続人の方(申請者)が申請される場合は、申請される方の氏名・住所を記入してください
- 組合から連絡する場合がありますので、日中連絡のつく電話番号を記入してください
- 受診者の氏名・生年月日・続柄を記入してください
- 傷病名を記入してください
- 傷病が外傷(けが)による場合は、「負傷の原因について(回答書)」に記入のうえ添付してください
※回答書は組合ホームページの申請書一覧から印刷してください
- 月初めの受診日から月終わりの受診日までの期間と受診回数を記入してください
- 傷病名を記入してください
- 医療機関・調剤薬局等で支払った金額を記入してください
- ※入院時の食事療養費、自費診療(差額ベッド代・売店購入等)、保険適用外治療費などは除く
- お住いの地方公共団体の医療福祉助成制度により、⑦の自己負担額について医療費助成を受けている又は申請中の場合は、受けている/申請中を〇で囲み、制度の種類を〇で囲んでください
- ※医療費助成を受けている場合は「受給者証の写し」を添付してください
- 振込口座は被保険者(申請者)名義の口座を記入してください
- 委任状欄に記入をした場合は、代理人名義の口座を記入してください
- 給付金に関する受領を代理人に委任する場合のみ記入してください
- なお、被保険者(申請者)の押印が必要です

【添付書類】

添付書類はありません
 ※領収書等必要な書類がある場合はご連絡いたします

ただし、⑧の医療費助成を受けている場合は「受給者証の写し」を添付してください