

健康保険

本人  
家族  
合算

高額療養費

一部負担還元金  
家族療養費付加金  
合算療養費付加金

支給申請書

申請日：令和 年 月 日

① 被保険者等 記号 番号		② 被保険者の氏名 (フリガナ)		③ 被保険者の生年月日 昭和 年 月 日 平成		④ 被保険者の事業所名称	
⑤ 被保険者の住所		〒 _____ 日中連絡が取れる電話 ( )					
⑥ 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) に以下に記入してください			
⑦ 療養を受けた者の氏名		1		2		3	
⑧ 療養を受けた者の生年月日		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日		昭・平・令 年 月 日	
⑨ 被保険者との続柄							
⑩ 療養を受けた病院・薬局等の名称 所在地							
⑪ 傷病名							
⑫ 負傷原因は他人の行為または業務によるものですか		□ はい □ いいえ ※ 『はい』の場合該当する方に○ [ 他人の行為 ・ 業務 ]		□ はい □ いいえ ※ 『はい』の場合該当する方に○ [ 他人の行為 ・ 業務 ]		□ はい □ いいえ ※ 『はい』の場合該当する方に○ [ 他人の行為 ・ 業務 ]	
⑬ 療養を受けた期間		令和 年 月 日～ 日 (診療実日数 日間)		令和 年 月 日～ 日 (診療実日数 日間)		令和 年 月 日～ 日 (診療実日数 日間)	
⑭ 入院・通院の別		□ 入院 □ 通院・その他		□ 入院 □ 通院・その他		□ 入院 □ 通院・その他	
⑮ 医療機関に支払った額 (保険診療分のみ)		円		円		円	
⑯ 市区町村等から医療助成制度を受けていますか		□ はい □ いいえ ※ 『はい』の場合以下を記載 [制度名] _____ [自己負担] 有 ・ 無		□ はい □ いいえ ※ 『はい』の場合以下を記載 [制度名] _____ [自己負担] 有 ・ 無		□ はい □ いいえ ※ 『はい』の場合以下を記載 [制度名] _____ [自己負担] 有 ・ 無	
⑰ 委任欄		本申請に基づく給付金の受領は事業主に委任します。 被保険者氏名 _____ ※ ⑯に該当される方は記入しないでください					
⑱ 任意継続被保険者および退職・休職等により事業所経由で給付金を受け取ることができない方は、被保険者名義の振込口座をご指定ください							
金融機関名		支店名		種別		□ 普通 □ 当座	
口座番号		口座名義 (カタカナ)		⑲備考欄			

健 保 使 用 欄	1	点	区分ア	252,600円+	(	- 842,000)	×	1%	=
	2	点	区分イ	167,400円+	(	- 558,000)	×	1%	=
	3	点	区分ウ	80,100円+	(	- 267,000)	×	1%	=
	計	点	区分エ	57,600					
			区分オ			35,400			
	高額療養費	本・家・合		同年月日		常務理事	事務長	担当者	
		円		年 月 日					
	付加金	本・家・合		支給決定額					
		円		円					

健保受付印