

高額療養費・付加金 支給申請書

健保 使用 欄	ア・イ・ウ・エ・オ
	高齢・本・家

◎領収書のコピー（A4サイズ）を添付してください。

被保険者等 記号 - 番号		被保険者 (申請者)の氏名 及び生年月日		診療月(1ヵ月ごと)	
記号・番号がわからない場合はマイナンバーを記入		昭和・平成 年 月 日生		令和 年 月分	
被保険者 (申請者) の住所		〒			
受診者の氏名 及び 生年月日		被保険者との続柄		日中の連絡先	
昭和・平成・令和 年 月 日生				☎	
項番	診療を受けた医療機関等の名称 ※医療機関ごと(入院・外来・歯科別)	傷病名	診療区分	診療を受けた期間	医療機関等に支払った額 (保険診療分のみ)
1			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	
2			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	
3			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	
4			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	
5			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	

◎支給は診療を受けた月から4ヵ月以降となります。

◎記入の留意点等は裏面をお読みください。

国・市区町村より医療費助成制度を受けている場合は記入してください。 ※申請中・申請予定含む	制度名	乳幼児・子ども・障害者・指定難病・ひとり親家庭・妊産婦 その他()
	還付金	未定・還付額 円
※受給者証、支払通知書がある場合は、写しを添付してください。		
外傷性の傷病(けが)がある場合	負傷の状況・原因を具体的に記入してください。 負傷した日時: 年 月 日() 午前・午後 : 頃 [自宅・職場・第三者・学校管理下・その他]	

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金口座を利用します。(利用する場合は☑、利用しない場合は下記の欄を記入。)			
	注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金口座を利用できません。			
	銀行コード	支店コード	預金種別	口座番号またはゆうちょ銀行の記号・番号
	銀行・農協 信金・信組 ゆうちょ銀行	本店 支店	普通・当座 貯蓄・その他	
口座名義	フリガナ			令和 年 月 日提出
				受付日付印

※被保険者以外の口座を指定する場合は下記の受取代理人欄に記入してください。

受取代理人欄	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	
	被保険者 住所	
	被保険者 氏名	
代理人の氏名	フリガナ	委任者と代理人の関係

項番	診療を受けた医療機関等の名称 ※医療機関ごと(入院・外来・歯科別)	傷病名	診療区分	診療を受けた期間	医療機関等に支払った額 (保険診療分のみ)
6			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	
7			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	
8			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	
9			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	
10			入院・外来 調剤・その他	日～ 日	

今回申請の診療月以前12カ月間に高額療養費の支給を3カ月以上受けている場合は、その直近3回分の診療月を記入してください。	前1回目 年 月分	前2回目 年 月分	前3回目 年 月分
社会保険労務士の提出代行者名記載欄			

記入上の注意

- 診療月単位、受診者ごとに作成してください。**
※複数月にわたり入院した場合でも、1カ月ごとに作成してください。
- 医療機関等に支払った額には、**保険診療分にかかるもののみ**を記入してください。
※ **差額ベッド代(室料差額)、文書料等は保険適用外のため支給の対象とはなりません。**
※ **入院時食事療養費の本人負担額や、療養病床の居住費も支給対象外です。**
- 振込先が受取代理人の場合は、「受取代理人欄」の記入は省略できませんのでご注意ください。
ただし、被保険者死亡の場合は「受取代理人欄」の記入は必要ありません。
- 請求権の時効は2年です。**(起算日：診療月の翌月1日)

添付書類

- 医療機関・調剤薬局等の領収書のコピー**(A4サイズ内に収まる場合、複数枚まとめてコピー可)
- 医療費助成制度に該当する方は、医療受給者証のコピー、自治体等から給付がある方は通知書のコピー
※ 助成により一部負担金等の支払をされていない方は、付加金の支給対象とはなりませんのでご注意ください。
- 被保険者が低所得者の方は別途「高額療養費低所得者控除申請書」の申請が必要となります。
非課税証明書(年度で証明されますが、4月～7月診療分は前年度分)を添付のうえ、申請してください。
なお、非課税証明書は8月から翌年7月診療分まで有効となりますので、この間において最初の申請をされるときだけ添付してください(申請ごとに添付する必要はありません)。
- 被保険者死亡による相続人の請求は、被保険者と相続人の身分関係が明らかにできる**戸籍謄本(原本)**。
- 支払金融機関が「**ゆうちょ銀行**」の場合は、**通帳(「通常預金口座」に限ります)の記号・番号・氏名のわかるページのコピー**

送付先 〒100-0014 東京都千代田区永田町2-17-2
東京薬業健康保険組合 審査課 医療係 宛
電話番号 03-3581-1676