

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

◎記入の留意点等は裏面をお読みください。

※領収金は切り分けずにコピー(A4サイズ)したままの状態添付ください。

還付金は、受診された月から4か月後がお支払いの目安となります。

① 被保険者証の記号・番号 —		② 被保険者の 氏名及び生年月日 昭和・平成 年 月 日		③ 診療月(1カ月ごと) 令和 年 月	
④ 被保険者の住所 〒 □□□□ - □□□□		日中の連絡先 ☎			
⑤ 受診者の氏名・続柄 生年月日		氏名		被保険者との続柄 生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日	
⑥ 診療を受けた医療機関等の名称 <small>※医療機関ごと(入院・外来別)にご記入ください。</small>	⑦ 傷病名	⑧ 診療区分 1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	⑨ 診療を受けた期間 年 月 日から 日まで	⑩ 医療機関等に支払った額 <small>(保険診療にかかるもののみ)</small>	
1					
2					
3					
4					
5					
⑪ 外傷性の傷病(けが)がある場合		負傷した日時: 年 月 日() 午前・午後 : 頃 該当する項目に○をつけてください。[自宅・職場・第三者・学校管理下・その他] 負傷の状況・原因を具体的に記入してください。			
⑫ 国・市区町村より医療費の助成を受けている場合は、制度名等を記入してください。		制度名 乳幼児・障害者・その他 () 還付金の場合 還付額 (円)			

振込先指定口座	銀行コード □□□□	銀行・農協 信金・信組 ゆうちょ銀行	支店コード □□□	本店 普通・当座・貯蓄・その他 支店
	口座番号または ゆうちょ銀行の 記号・番号	フリガナ 口座名義		

※ 振込先をゆうちょ銀行にされる場合、利用できる口座は通常預金口座に限られます。確認のため通帳の記号、番号、名前のページの写しを添付してください。

令和 年 月 日提出

※ 被保険者以外の口座を指定する場合は下記の代理人欄に署名をしてください。

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 氏名	
	代理人の氏名	フリガナ 委任者と代理人の関係

受付日付印

項番	⑥ 診療を受けた医療機関等の名称 ※医療機関ごと(入院・外来別)にご記入ください。	⑦ 傷病名	⑧ 診療区分	⑨ 診療を受けた期間	⑩ 医療機関等に 支払った額 (保険診療にかかるもののみ)
6			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日から 日まで	
7			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日から 日まで	
8			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日から 日まで	
9			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日から 日まで	
10			1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	年 月 日から 日まで	

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。
- ⑩欄(医療機関に支払った額)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なので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。
- 支払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。
- 請求権の時効は2年です。**(起算日：診療月の翌月1日)
- 被保険者死亡による相続人請求の場合は、②欄に申請者の氏名を記入してください。
※④欄住所、振込先指定口座についても同様です。

添付書類

- 医療機関・調剤薬局等の領収証のコピー**(A4サイズ)
- ⑫欄に該当する方で、自治体等からの費用徴収がある方はその領収証のコピー
自治体等から還付済みの金額がある場合は、その通知書のコピー
※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)を添付の上、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時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)。
※低所得者用の「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」(区分オ)をご利用の方は不要です。
- 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 03-3581-1676
-----	--