

記入例

- ① 申請書は、「ひと月ごと」・「個人ごと」に作成してください。
- ② 領収証のコピー（A4サイズ）等、添付書類をお忘れにならないようお願いいたします。
- ③ 領収証は支払日ではなく、受診日でご記載ください。

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
① 被保険者証の記号・番号 9999 - 9999	② 被保険者の氏名及び生年月日 薬業 春太 昭和 平成 50 年 10 月 23 日		③ 診療月(1か月ごと) 令和 4 年 4 月		対象年月
	④ 被保険者の住所 〒 9 9 9 - 9 9 9 9 東京都台東区東上野1-27-2 大町荘106号室		⑤ 受診者の氏名・続柄・生年月日 薬業 夏子 妻 昭和 平成・令和 53 年 6 月 6 日		
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	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 (保険診療は赤字で記入)	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 薬業病院	虫垂炎	1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	4 年 4 月 3 日から 10 日まで	108,000円	
2 薬業病院	虫垂炎	1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	4 年 4 月 15 日から 25 日まで	1,800円	
3 台東薬局		1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	4 年 4 月 15 日から 25 日まで	2,400円	
4 向山クリニック	骨折	1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	4 年 4 月 29 日から 日まで	12,400円	
5 東葉歯科医院	う蝕	1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他	4 年 4 月 21 日から 日まで	1,500円	
⑪ 外傷性の傷病(けが)がある場合	負傷した日時: 4 年 4 月 29 日(金) 午前・午後 10:30 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。 自宅で転倒して骨折した				
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 9 9 9 9	支店コード 9 9 9	振込先 赤坂 上野 本店 普通 当座・貯蓄・その他 支店 ヤクギョウ シュンタ 口座番号またはゆうちょ銀行の記号・番号 1 2 3 4 9 9 9 フリガナ 口座名義 薬業 春太 ※ 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 4 年 5 月 5 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	被保険者 住所 氏名 代理人の氏名		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 委任者と代理人の関係 東京薬業健康保険組合		
【支払金融機関】 受診者が被扶養者(家族)の場合でも、原則として被保険者(本人)名義の口座となります。 被保険者以外の方の口座を指定する場合は、必ず「受取代理人欄」に署名をしてください。 (捺印は不要です) ゆうちょ銀行をご利用の場合のみ、通帳の記号・番号・名義・口座番号が確認できるページのコピーを添付してください。					

【⑥・⑩欄】
同じ医療機関の通院が、複数日に渡る場合は、当月の初診日と当月の最終日を記入し、金額は合計してください。

【⑫欄】
国・市区町村から医療費助成制度による還付金を受けられる方は必ずご記入ください。

【⑪欄】
けが等、外傷性によるものの治療を受けた場合は必ずご記入ください。

①記入の留意点等は裏面をお読みください。
※領収書は切り分けずにコピー(A4サイズ)したままの状態添付してください。

- ★ お願い
 - ・ 領収証はお手数でも、必ずご自身でコピー(A4サイズ・モノクロ)をとって添付してください。
 - ・ 診療が複数月にまたがる場合は、「高額療養費・付加金 支給申請書」をコピーして月毎に作成してください。
- ★ 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 ☎03(3581)1676