

高額療養費・付加給付金支給申請書 記入例

東京電子機械工業 健康保険組合 | 医療課二係 03-3843-1457

◆ 高額療養費・付加給付金の支給対象に該当された場合、当組合より送付いたします。ご自身で申請書の用意をして頂く必要はありません。

令和6年4月1日
(令和6年1月診療分)

電子 太郎 様
記号 77 番号 9999

問合せ先
〒111-8530
東京都台東区雷門1-13-8
東京電子機械工業健康保険組合
電話03-3843-1457(医療課二係)

記入例はこちらから
提出先

下記のとおり診療を受けていますので、高額療養費・付加給付金の申請ができます。
内容をご確認いただき、下記赤枠部分を記入のうえ当組合へ提出してください。

高額療養費・付加給付金のお知らせ

【送付先】〒111-8530 東京都台東区雷門1丁目13番8号 東京電子機械工業健康保険組合 業務部医療課二係 宛
※注1) 支給申請書の部分は切り取らずにご提出ください。 ※注2) 提出の際の送料はご負担いただくようお願いいたします。

受診者氏名	医療機関名称	診療年月	日数	医療費総額	健保負担額	自己負担額	高額療養費	付加金	科目
電子 太郎	〇〇病院	R6.1	10	200,000	140,000	60,000	*****	30,000	A

※入院の際に負担した食事代や保険適用外(差額ベッド代等)の自費分は給付対象外です。
※国または自治体から、医療費の助成(給付金)が受けられる時は支給できません。

支給額

A: 本人高額療養費、一部負担還元金 B: 家族高額療養費、家族療養費付加金
C: 合算高額療養費、合算高額療養費付加金 D: 訪問看護療養費

高額療養費・付加給付金 支給申請書

下記赤枠部分(該当箇所)についてご記入および口へ「✓」点をいれてください。

記号一番号	被保険者氏名	①住所・電話番号
77 - 9999	電子 太郎	〒 111 - 8530 TEL 03(3843)1457 東京都台東区雷門1-13-8

振込先 ※被保険者が亡くなった場合に申請する際は、下記【委任状】欄に申請者の情報を必ず記入してください。

① 公金受取口座 ☒ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は、下記の口座情報の記入は不要です。)

② 金融機関名称 ☐ 銀行 ☐ 金庫 ☐ 信組 ☐ 農協 ☐ その他() ☐ 支店 ☐ 本店 ☐ 出張所 ☐ その他()

⑤口座番号

⑦口座名義区分 ☐ 被保険者(申請書) ☐ 代理人

委任状 ※⑦の口座名義区分が代理人の場合にご記入ください。

③ 被保険者(申請者) 令和 年 月 日 本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。
被保険者(申請者)氏名

④ 代理人(口座名義) 住所 代理人氏名 被保険者との関係

療養を受けた受診者氏名 電子 太郎

④ 生年月日 平成 10年 1月 1日

⑤ 傷病名 肺炎

⑤ 傷病原因 (怪我の場合のみ記入)

⑥ ⑦上記の受診者は、「国」や「自治体(都道府県や市区町村)」からの医療費助成を受けていますか。(詳細は下記参照)

⑥ いいえ ☐ はい ☐ 「はい」の場合、助成内容が分かる物(医療証・受給者証・助成を受けた際の支給決定通知等の写し)を添付してください。

*「国」や「自治体(都道府県や市区町村)」からの医療費助成に該当する例(上記回答が「はい」に該当する内容)

乳幼児・子ども医療費助成、重度心身障がい医療費助成、一人親家庭等医療費助成、難病医療費助成、不妊治療に関する助成等

*「国」や「自治体(都道府県や市区町村)」からの医療費助成に該当しない例(上記回答が「いいえ」に該当する内容)

健康保険組合からの各種給付(高額療養費・付加給付金、出産育児一時金)、民間の医療保険(がん保険・通院保険等)等

※診療月の翌月1日から2年以内に申請されませんと無効になりますのでご注意ください。

受 付 印

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記入してください。

備考欄

マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。)

記入もれや誤りが多いところ(特にご注意ください。) **赤枠部分にご記入ください。**

- ① マイナンバーとともに国に登録している公金受取口座を振込先にする場合は ㊞ を付けてください。
(被扶養者でない方や受取代理人は、公金受取口座を振込先に指定できません。)
注: マイナポータル等で口座情報を登録・変更した場合、情報が反映されるまでに数日を要します。
- ② 公金受取口座をご利用されない場合は、③～⑦の記入欄全てにご記入ください。
- ③ 口座名義が被保険者(申請者)と異なる場合には委任状欄⑧⑨への記入が必須となります。
「⑧被保険者」欄の「日付・被保険者(申請者)氏名」、「⑨代理人」欄の「住所・代理人氏名・被保険者との関係」にご記入ください。
被保険者が亡くなった場合に申請する際は、委任状欄⑧⑨に申請者の情報をご記入ください。
- ④ ・傷病名が複数ある場合については、主傷病名をご記入ください。
・傷病名が不明の場合はわかる範囲でご記入ください。
・調剤薬局分の傷病名については処方された病院でかかっている傷病名をご記入ください。
- ⑤ 傷病名が「怪我(外傷性)」の場合のみ、ご記入ください。それ以外の場合はご記入不要です。
例: 骨折、捻挫、打撲等
- ⑥ 「いいえ」か「はい」どちらかに必ず㊞をご記入ください。
「はい」に記入した場合は、助成内容が分かる物(医療証・受給者証・助成を受けた際の支給決定通知等の写し)を添付してください。

医療費助成に該当するもの(例): 乳幼児・子ども医療費助成、重度心身障がい医療費助成、一人親家庭等医療費助成、難病医療費助成、不妊治療に関する助成等
医療費助成に該当しないもの(例): 健康保険組合からの各種給付(高額療養費・付加給付金、出産育児一時金)、民間の医療保険(がん保険・通院保険等)等

注意点

- ・診療月の翌月1日から2年以内に申請されませんと無効になりますのでご注意ください。
- ・未記入箇所がある場合は審査ができなため返戻させていただく可能性がございます。
- ・医療費の助成を受けている場合、支給できない可能性がございます。
- ・ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。
- ・提出の際の送料はご負担いただくようお願いいたします。
- ・状況に応じて追加の必要書類を求める場合がございます。

提出先

〒111-8530 東京都台東区雷門1丁目13番8号 東京電子機械工業健康保険組合 業務部医療課二係