

記入例

(平成30年11月診療分)

電子 太郎 様

〒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03-3843-1456(医療課一係)

記号 77 番号 9999

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
内容をご確認いただき、所定事項を記入、押印のうえ当組合へ申請してください。
(支給申請書の部分は切り取らずにご提出ください。)

- 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・付加給付金のお知らせ

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 花子	〇〇病院	H30.11	10	200,000	140,000	60,000	*****	30,000	A
							支給額	*****	30,000

※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。

※国または市区町村等の負担により、医療費の助成(給付金)が受けられる時は支給できません。

高額療養費・付加給付金 支給申請書

記号一番号	被保険者氏名・住所 (被保険者死亡の場合は、申請者氏名・住所)										
77 - 9999	電子 太郎 			〒 111 - 8530		TEL 03(3843)1456		東京都台東区雷門1-13-8			
療養を受けた受診者氏名	電子 花子	続柄	妻	続柄		続柄		続柄			
生年月日	昭・平・令 49年 6月 1日	昭・平・令	年	月	日	昭・平・令	年	月	日		
傷病名	肺炎										
負傷原因(外傷性の場合)											
<p>「療養を受けた受診者氏名」に記載されている方は、国やお住まいの自治体から子ども医療費助成や難病医療費助成等、その他医療費助成事業により自己負担相当額又はその一部の支給が受けられますか。</p> <p>1. はい (制度名) (自己負担の有・無 助成金額: 円)</p> <p>2. いいえ</p>											
支払金融機関	フリガナ	マルマルギンコウ	コード番号				受取り代理人の欄 ※被保険者以外の口座名義にて受領の場合にご記入ください。				
	金融機関名	〇〇銀行	1	2	3	4					
	フリガナ	マルマルシテン	コード番号								
	本・支店名	〇〇支店	9	8	7						
	普通 当座・貯蓄	口座番号	9	8	7	6	5	4	3		
	口座名義(カタカナで記入)	デンシ タロウ				私は  を代理人と定め、 保険給付金の受領方を委任します。 被保険者氏名  (被保険者死亡の場合は、申請者氏名)					
<p>口座名義が被保険者以外の場合、右の受取代理人欄のも併せてご記入ください</p>											

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(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認)

被保険者(この例では、電子太郎です)以外の口座に振込みをご希望の場合は、受取代理人の欄への記入・押印が必要です

<注意事項>

- ・傷病名が外傷性の場合、負傷した原因を記入してください。
- ・国やお住まいの自治体等から医療費の自己負担相当額または「はい」または「いいえ」に○をつけ、受けられる場合は、「子ども医療費助成」などの制度名を記入してください。また、自己負担の有無、および助成金額をご記入ください。
- ・被保険者の印は、被保険者自らが署名した場合に限り、押印は不要とすることができます。ただし、受取り代理人を定める場合には、当該欄内の押印が必要となります。
- ・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となりますのでご注意ください。

受付印