

一部負担還元金  
 家族療養費付加金  
 健康保険 訪問看護療養費付加金 請求書  
 家族訪問看護療養費付加金  
 合算高額療養費付加金

①	被保険者証の 記号・番号	記号		② 被保険者 (請求者) 氏名		
		番号				
③	被保険者の (申請者) 現住所	〒			電話(日中の連絡先) ( )	
④	被保険者の勤務 している(してい た)事業所の	名称	電話 ( )			
		所在地				
令和 年 月 診療分						
⑤	療養を受けた方 の氏名	続柄	入院・外来・訪 問・薬局の別	傷病名 又は診療科	医療機関等に 支払った金額 (保険診療分)	療養を受けた医療機関等の名称
	生年月日		日数			円
	昭・平・令 年 月 日		入・外・訪・薬 日間		円	
	昭・平・令 年 月 日		入・外・訪・薬 日間		円	
	昭・平・令 年 月 日		入・外・訪・薬 日間		円	
	昭・平・令 年 月 日		入・外・訪・薬 日間		円	
	昭・平・令 年 月 日		入・外・訪・薬 日間		円	
⑥	他の制度により、自己負担相当 額又はその一部の支給を受けら れるかどうか		受けられる ・ 受けた ・ 受けられない (制度名 ) (費用徴収 有 無 )		⑦ 合計支払い額 円	
⑧ 振込口座	金融機関 コード		金融機関名	銀行 信金 信組 農協		本店 支店 出張所
	口座名義	(フリガナ)		預金種別	支店番号	口座番号
				普通 当座		

\* 被保険者(請求者)以外の方が受け取る場合には委任状が必要です。

⑨ 委任状	被保険者 (請求者)	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			
		住所	〒		
		氏名	Ⓜ		
	受領 代理人	住所	〒		
		氏名	Ⓜ (被保険者のⓂと別のⓂを押してください)		
		委任者と代理 人との関係	電話	( )	

東京金属事業健康保険組合  
 受付日付印

<付加給付>

当健康保険組合では、法律に定められた高額療養費の給付に加えて、【一部負担還元金】【家族療養費付加金】【訪問看護療養費付加金】【家族訪問看護療養費付加金】【合算高額療養費付加金】として独自の給付を行っています。

<支給要件>

被保険者・被扶養者一人について、同一月に同一の医療機関等(医科・歯科等の別)(入院・外来(調剤含む)・訪問看護別)にかかった保険診療分の窓口負担額(高額療養費の支給があるときはその額も除く)から、下表の自己負担限度額(控除額)を除いた額が支給されます。

【70歳未満】

所得区分(標準報酬月額)	自己負担限度額(控除額)
83万円以上	101,000円+(総医療費-337,000円)×1%
53~79万円	67,000円+(総医療費-223,000円)×1%
28~50万円	30,000円+(総医療費-100,000円)×1%
26万円以下	23,000円
低所得者(*)	14,000円

(\*)低所得者とは、被保険者が市区町村民税非課税の場合

【70歳以上(高齢受給者)】

所得区分(標準報酬月額)	自己負担限度額(控除額)	
	外来	入院
現役並み所得者(28万円以上)	30,000円	30,000円+(総医療費-150,000円)×1%
一般所得者	23,000円	23,000円
低所得者(*)	14,000円	14,000円

<記入上の注意>

- 請求書は、診療月ごとに作成してください。
- ⑤欄は、医療機関等に支払った額のうち、保険診療分にかかるもののみを記入してください。入院時食事療養標準負担額、差額ベッド代など保険診療とならないものは支給の対象とはなりません。
- 高額療養費の自己負担限度額を超えている場合は、高額療養費支給申請書をこの請求書と併せてご提出ください。
- ⑥欄は、国や地方自治体等の制度により医療費の自己負担相当額または一部の支給が受けられるかどうかについて該当するものに○印をつけ、「受けられる」「受けた」の場合は、制度名等を記入してください。助成等の金額によっては、当組合の付加給付の支給対象にならない場合もありますのでご注意ください。
- ⑧欄は個人口座へ振込みを希望される場合は、被保険者(請求者)の口座について記入してください。なお、被保険者(請求者)以外の口座へ振込みを希望される場合は、⑨の委任状欄に記入をし、⑧欄に受領代理人の口座を記入してください。

<その他>

- 療養があった月の属する年度(4月~7月診療分については、前年度)分の市区町村民税が課税されない方にあつては、市区町村長の課税に関する証明書を添付するか、または下欄に市区町村長の証明をもらってください。
- 療養のあった月において、生活保護法の要保護者である方にあつては、事業主、民生委員または福祉事務所長が原本証明した保護開始決定通知書、保護変更決定通知書または保護廃止決定通知書の写しを添付してください。

②欄の者には、令和 年度の市区町村民税が課税されないことを証明する。

令和 年 月 日

市区町村長名

㊞

※この請求書にかかる支給は、医療機関等からの診療報酬明細書(レセプト)に基づいて決定しますので、診療月より3~4ヶ月以降になります。