

健康保険 高額療養費 および

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

支給申請書

診療月 (療養を受けた月) *申請は月単位です	令和 年 月
-------------------------------	--------

① 被保険者等の 記号・番号	記号 番号	② 被保険者氏名 (申請者)	
③ 被保険者(申請者) の住所	〒 日中の連絡先 電話 ()		
④ 事業所名	電話 ()		
⑤ 療養を受けた方の 氏名 生年月日	氏名	氏名	氏名
	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄	昭和 平成 令和 年 月 日 続柄
⑥ 診療科または傷病名			
⑦ 療養を受けた 医療機関等の 名称・所在地	名称	名称	名称
	所在地	所在地	所在地
⑧ 入院・外来・訪問・ 調剤薬局の別	入院・外来・訪問・調剤薬局	入院・外来・訪問・調剤薬局	入院・外来・訪問・調剤薬局
⑨ ⑦の医療機関等で 療養を受けた 期間	月 日から 月 日まで 日間	月 日から 月 日まで 日間	月 日から 月 日まで 日間
⑩ ⑨の期間で医療機関 等に支払った額 (保険診療分)	円	円	円
⑪ 他の制度(市区町村 の助成制度等) により自己負担額 相当額の支給を 受けられますか	・受けられる (制度名) (費用徴収 有・無) ・受けられない	・受けられる (制度名) (費用徴収 有・無) ・受けられない	・受けられる (制度名) (費用徴収 有・無) ・受けられない

⑫ 市区町村が 証明する欄 *該当する方のみ	当該被保険者は 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。 市区町村長名 印
------------------------------	-----------------------------------------------------

⑬ 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 (カタカナ)		預金 種別 普通 ・ 当座	支店 番号
				口座 番号

*被保険者(申請者)以外の口座に振り込む場合は、⑭の委任状欄を記入してください。なお、初回の委任には押印が必要です。

⑭ 委任状	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。 令和 年 月 日			
	被保険者 (申請者)	住所	氏名 印	
	受代理人	住所	氏名 印 *被保険者の印と別の 印を押してください。	
		委任者と代理人 との関係	電話 (日中の連絡先)	

東京金属事業健康保険組合