

月ごとに申請書が必要になります

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) 令和 6 年 1 月
* 申請は月単位です

記入例

①	被保険者等の 記号・番号	記号 111 番号 5555	②	被保険者氏名 (申請者)	金属 太一郎
③	被保険者(申請者) の住所	〒 101-0032 東京都千代田区〇〇町8-8			日中の連絡先 電話 03 (8888) 7777
④	事業所名	〇△〇△金属工業(株)			電話 03 (6666) 5555
⑤	療養を受けた方の 氏名 生年月日 続柄	氏名 金属 健保美	氏名	氏名	
		昭和 平成 令和 3年 5月 7日 続柄 妻	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	内科			
⑦	療養を受けた 医療機関等の 名称・所在地	名称 ◇◇◇病院	名称	名称	
		所在地 台東区〇△町99	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	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	1月 10日から 22日間 1月 31日まで	月 日から 日間	月 日から 日間	月 日から 日間
⑩	⑨の期間で医療機 関等に支払った額 (保険診療分)	100,000 円	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)	・受けられる (制度名) (費用徴収 有・無)	・受けられる (制度名) (費用徴収 有・無)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 受けられない	・受けられない	・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。 令和 年 月 日 市区町村長名 (印)			

⑬ 振込 口座	金融機関 コード	4321	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)	キンゾク タイチロウ		預金 種別	普通 当座	支店 番号	123	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