

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 年 月

\* 申請は月単位です

①	被保険者証の 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 続柄	氏名	氏名	氏名	
		昭和 平成 令和	昭和 平成 令和	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 日から	月 日から	日間
		月 日まで	月 日まで	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	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 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	被保険者 (申請者)	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		
	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