

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 4 年 1 月

\* 申請は月単位です

記入例

①	被保険者証の記号・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 昭和 3 年 5 月 7 日 平成 令和 続柄 妻	氏名 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 令和 年 月 日 続柄	氏名 昭和 年 月 日 平成 年 月 日 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 所在地 台東区〇△町99	名称 所在地	名称 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	1 月 10 日から 22 日間 1 月 31 日まで	月 日から 日間 月 日まで	月 日から 日間 月 日まで	
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	
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。  
 令和 年 月 日  
 市区町村長名 印

⑬	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
	振込口座	(フリガナ)	キンゾク タイチロウ	預金種別	普通 当座	支店番号	123
	口座名義	金属 太一郎		口座番号	4567890		

\* 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	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