

# Application [for Resumption] of Insurance Benefits Payments

## 《記入例》〈Example〉

支 給 決 議 書	支給決定額	円	常務理事	事務長	係	係
	高額療養費	円				
	付加給付金	円				
	◆自己負担額 診療点数 点 × 2・3 =	<b>Need not be filled out</b>		レプト シーケンスNO.	—	
	◆高額療養費 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当			標準報酬月額	560千円以上は上位所得 ,000円	
	A — $\left( \begin{matrix} 72,300 \\ 40,200 \\ 139,800 \\ 77,700 \\ 35,400 \\ 24,600 \end{matrix} + \left\{ \begin{matrix} \text{円} - 241,000 \times 0.01 \\ \text{円} - 466,000 \times 0.01 \\ \text{小数点未満四捨五入} \end{matrix} \right\} \right) = \text{円} \dots B$			受診者区分	被保険者	被扶養者
	◆付加給付金 A - B - 20,000 = 円 (100円未満切捨て)			所得区分	一般	上位 非課税

Approval seal (mechanical seals are not acceptable). If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Health insurance card symbol/number

Daytime telephone number  
 Home  Office  Cell phone

These sections to be completed by the insured

Individual undergoing examination or treatment

Date of Treatment (Y/M)

Letter of attorney

ソニー健康保険組合 理事長殿  
健康保険 被保険者 健保太郎  
被扶養者  
保険給付金支給申請書  
Name and Seal of the insured

①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印	健保太郎
③被保険者の住所 ※書類不備の際に使用します	〒999-9999 Address of the insured 〇〇県△△市××99-99 Extension number permitted 9-〇〇〇-〇〇〇〇		
④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します※複数可	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先 9999-99-9999	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 携帯	—
⑤被保険者の勤務する会社名 ●被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入	〇〇××株式会社 Name of company where the insured individual is employed		
⑥申請事由 Reason for application	1. 公費に該当しているが、県外（市外）で受診したため 2. " " 市町村等に一部負担金を支払っているため 3. 公費による助成該当者でなくなったため 4. その他 ( )		
⑦診療を受けた人の 氏名	健保 まゆ Name	生年月日	昭和・平成 平成 16年10月28日 Birth Date (Y/M/D)
⑧診療年月	平成 17年 3月 診療	診療期間	自 17年 3月 11日 至 17年 3月 15日 計 5日間 Period of examination or treatment (Y/M/D to Y/M/D) and number of days

●事業所在籍中の診療分について請求する場合は記入、押印必須 任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要)

私は 〇〇××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり請求した高額療養費及び同付加金の受領方を委任します。  
被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入

被保険者 住所 〇〇県△△市××99-99  
氏名 健保太郎

平成 17年 4月 1日  
Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

I hereby authorize (Business entity) to serve as an agent on my behalf and to receive the above high-cost medical care charges (costs) and benefits for which application was made above.

Approval seal (mechanical seals are not acceptable). Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal.

- Although these costs were eligible for public subsidy, medical services were received outside my prefecture (or city).
- Although these costs were eligible for public subsidy, I was required by my local government to pay a deductible.
- I am no longer eligible for public subsidy.
- Other reasons

This form must be filled out and a seal affixed when requesting payment for examination or treatment undergone while employed by the business facility (the form does not need to be completed for individuals insured by voluntary continuing health insurance or by health insurance for retirees).