

◆申請者確認欄 (チェック必須)	<input type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。 <input type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。				
①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の 氏名			
③被保険者の住所 <small>※支給決定通知書等の書類 送付先となります</small>	〒 -				
④被保険者の連絡先 <small>※お問い合わせの際に使用します 日中連絡可能な連絡先を記入して ください(複数可)</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 :				
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 :				
	メールアドレス :				
⑤被保険者の本籍会社名 <small>※任意継続被保険者・特例退職被保険者は 記入不要</small>	※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社)				
⑥診療を受けた人	氏名	続柄	生年月日	昭和 平成 令和	年 月 日
	住所	〒 -			
⑦申請事由	1. 公費に該当している(医療証を持っている)が、県外(市外)で受診したため 2. 公費に該当しているが、一旦、医療機関の窓口で支払いが発生したため 3. 所得制限や対象年齢を超えているため、公費に該当していない(医療証を持っていない) 4. その他( )				
⑧診療年月	令和 年 月 診療 (入院分・外来分)				
⑨医療機関名/ 調剤薬局名	(医療機関名)		(調剤薬局名)		
<b>【保険給付金の対象となる領収書(コピー)を添付】</b> ※申請書にホチキス止めまたは裏面に貼るなどして外れないように添付してください。					

## この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入

退職している 退職の予定	→	令和 年 月 日	退職(予定)	任意継続被保険者、特例退職被保険者 は記入不要
⑩振込先口座 ●どちらか一方を記入	銀行	銀行 普通 店番	支店 当座 口座番号	口座名義人
	郵便局	記号(5桁)	番号(8桁)	(フリガナ) 氏名
	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。 <small>(注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>			

## 注意事項

- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、自筆でサインをしてください。
- お一人毎、診療月毎、医療機関等毎に申請書を分けて申請してください。
- 医療機関等に支払った時の『領収書(コピー)』を必ず添付してください。
- 自治体(市役所等)に、医療費の還付手続きをされている場合は、お一人につきひと月毎に自治体から交付される『支給決定の通知書』等のコピーも添付してください。
- 医療機関(入院・外来・歯科別)ごとに自己負担が2万円を超えた場合に申請してください。  
ただし、医療機関の処方箋に基づき、調剤薬局で薬剤の支給が行われた場合は、医療機関と調剤薬局分を合算します。

チェック必須

被保険者  
家族

高額療養費・付加給付

《記入例》

◆申請者確認欄 (チェック必須)	<input checked="" type="checkbox"/> 記載内容については、申請者(被保険者)本人が記入・確認しました。 <input checked="" type="checkbox"/> 在職中の給付金は事業主(⑤の本籍会社)経由で受領します。				
①被保険者証の 記号・番号	記号 <b>999</b> 番号	②被保険者の 氏名	<b>健保 太郎</b>		
③被保険者の住所 ※支給決定通知書等の書類 送付先となります	〒 <b>111-1111</b> <b>〇〇県 △△市 ××町 99-99</b>				
④被保険者の連絡先 ※お問い合わせの際に使用します 日中連絡可能な連絡先を記入して ください(複数可)	□自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 □勤務先 : <b>090-9999-9999</b>				
	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 □携帯 □勤務先 : <b>123-4567-8999</b>				
	メールアドレス : <b>faro.kenpo@×××.●●</b>				
⑤被保険者の本籍会社名 ※任意継続被保険者・特例退職被保険者は 記入不要	※出向中の方は出向元会社(給与の支払を受けている会社) <b>〇〇××株式会社</b>				
⑥診療を受けた人	氏名	<b>健保 一郎</b>	続柄 <b>長男</b>	生年月日	昭和 平成 令和 <b>3</b> 年 <b>1</b> 月 <b>1</b> 日
	住所	〒 <b>111-1111</b> <b>〇〇県 △△市 ××町 99-99</b>			
⑦申請事由	①. 公費に該当している(医療証を持っている)が、県外(市外)で受診したため ②. 公費に該当しているが、一旦、医療機関の窓口で支払った ③. 所得制限や対象年齢を超えているため、公費に該当しない ④. その他( )				
⑧診療年月	令和 <b>4</b> 年 <b>12</b> 月 診療 (入院分 <b>外来分</b> )				
⑨医療機関名/ 調剤薬局名	(医療機関名) <b>〇〇□□病院</b>	(調剤薬局名) <b>〇〇▽▽薬局</b>			

申請書は、診療月毎に分けて  
起票してください。

〇〇□□病院

領収書(コピー)

〇〇▽▽薬局

領収書(コピー)

この請求書を提出する時点で既に退職している方または1か月以内に退職予定がある方は記入

退職している 退職の予定	任意継続被保険者 特例退職被保険者
⑩振込先口座 ●どちらか一方を記	口座名義人
<b>在籍中の方、1か月以内に退職予定のない方は 口座の記入は不要</b>	

マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。  
注)口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。

## 注意事項

- 訂正する場合は、訂正箇所を二重線で抹消し、自筆でサインをしてください。
- お一人毎、診療月毎、医療機関等毎に申請書を分けて申請してください。
- 医療機関等に支払った時の『領収書(コピー)』を必ず添付してください。
- 自治体(市役所等)に、医療費の還付手続きをされている場合は、お一人につきひと月毎に自治体から交付される『支給決定の通知書』等のコピーも添付してください。
- 医療機関(入院・外来・歯科別)ごとに自己負担が2万円を超えた場合に申請してください。  
ただし、医療機関の処方箋に基づき、調剤薬局で薬剤の支給が行われた場合は、医療機関と調剤薬局分を合算します。

受付印