

# 高額療養費・付加給付 支給申請書

|  |  |   |         |          |   |   |   |
|--|--|---|---------|----------|---|---|---|
| ①被保険者証の<br>記号・番号   | 記号<br>番号   | ②被保険者の氏名・押印<br>●被保険者本人が氏名を<br>記入した場合は押印不要 |         |          |   | ㊟ |   |
| ③被保険者の住所<br><small>※不備書類返却の際に<br/>使用します</small>  | 〒 —  |   |         |          |   |   |   |
| ④被保険者の連絡先<br><small>※お問い合わせの際に使用します※複数可</small>  | 電話番号   |   | メールアドレス |          |   |   |   |
| ⑤被保険者の本籍会社名<br><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）<br/>※任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要</small>            |  |   |         |          |   |   |   |
| ⑥申請事由  | 1. 公費に該当しているが、県外（市外）で受診したため<br>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<br>3. 所得制限や、対象年齢を超えているため<br>4. その他（ ） |   |         |          |   |   |   |
| ⑦診療を受けた人の  | 氏名   | 続柄  | 生年月日    | 昭和<br>平成 | 年 | 月 | 日 |
| ⑧診療年月  | 平成 年 月 診療  |   |         |          |   |   |   |
| ⑨医療機関名/<br>調剤薬局名   | (医療機関名)  |   | (調剤薬局名) |          |   |   |   |
| ⑩委任状<br><small>●事業所在籍中の診療分<br/>について申請する場合は、<br/>記入・押印必須<br/>※任意継続被保険者・<br/>特例退職被保険者は記入不要</small> | 私は⑤に記載の事業所を代理人と定め、上記のとおり請求した高額療養費及び同付加金の<br>受領方を委任します。<br>平成 年 月 日<br>被保険者住所<br>被保険者氏名                   |   |         |          |   |   |   |
| <h2>【保険給付金の対象となる領収書（写）を添付】</h2> <p>※添付欄で足りない場合は申請書の裏面に添付ください。</p>                                |  |   |         |          |   |   |   |

[注意事項]

1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。
2. 診療月単位で申請してください。
3. 医療機関もしくは、市区町村に支払った時の領収書の写しを必ず添付してください。
4. 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。

※個人情報の保護について：この情報は健康保険の事業のみの利用とし、その他の目的には使用致しません。

受付印