

認印可
シヤチハタ不可

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 ●被保険者本人が氏名を 記入した場合は押印不要	健保 太郎	
③被保険者の住所 ※不備書類返却の際に 使用します	〒 999 - 9999 〇〇県△△市××99-99 専用線可 9-〇〇〇-〇〇〇〇			
④被保険者の連絡先 ※お問い合わせの際に使用します※複数可	電話番号	99 - 9999 - 9999	メールアドレス	aaaabbbccd@xxx.ne.jp
⑤被保険者の本籍会社名 ※出向中の方は出向元会社（給与の支払を受けている会社） ※任意継続被保険者・特例退職被保険者は記入不要	〇〇××株式会社			
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 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 ④. その他（ ）			
⑦診療を受けた人の	氏名	健保 一郎	続柄	長男
	生年月日	昭和 平成 26 年 1 月 1 日		
⑧診療年月	平成 28 年 5 月 診療			
⑨医療機関名/ 調剤薬局名	(医療機関名) 〇〇〇〇病院	(調剤薬局名) 〇〇▽▽薬局		
⑩委任状 ●事業所在籍中の診療分 について申請する場合は、 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 受領方を委任します。 平成 28 年 5 月 20 日 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 太郎			
 〇〇〇〇病院 領収書		 〇〇▽▽薬局 領収書		
認印可(シヤチハタ不可) 外国国籍を有する方はサイン可				
【金 領 収 書 (写) を添付】 ※添付欄で足りない場合は申請書の表面に添付ください。				

[注意事項]

1. 印鑑は認印可。シヤチハタ・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。

受付印

※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。