

※当申請書は平成28年4月以前の診療により
発生した給付金用の申請書となります。

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者
家 族

高額療養費・付加給付 支給申請書

①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	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		㊟
③被保険者の住所 ※不備書類返却の際に 使用します	〒 —			
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	メールアドレス		
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				
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	続柄	生年月日	昭和 平成 年 月 日
⑧診療年月	平成 年 月 診療			
⑨医療機関名/ 調剤薬局名	(医療機関名)		(調剤薬局名)	
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 年 月 日 被保険者住所 被保険者氏名 ㊟			
【保険給付金の対象となる領収書（写）を添付】 ※添付欄で足りない場合は申請書の裏面に添付ください。				

[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。

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。

※当申請書は平成28年4月以前の診療により発生した給付金用の申請書となります。

ソニー健康保険組合 理事長殿

健康保険 被保険者
家 族

高額療養費・付加給付 支給申請書

認印可
シャチハタ不可

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 4 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。 被保険者住所 〇〇県△△市××99-99 被保険者氏名 健保 太郎 平成 28年 5月 20日 委任状を記入した日 					
〇〇〇〇病院		〇〇▽▽薬局		認印可(シャチハタ不可) 外国国籍を有する方はサイン可		
領収書		領収書		【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。

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。