

高額療養費  
一部負担還元金請求書  
家族療養付加金  
(医療助成対象者)

受付日付印

事業主印

◎この申請書は、各種医療助成によって当健保の自動給付が受けられない方が申請する用紙です。

被 保 者 記 入 欄	健康保険証 記号番号	記号 —	番号 —	枝番 ·	事業所名称				
	所 属				連 絡 先	日中連絡可能な番号(所属先内線・携帯電話など)			
	被保険者 氏 名								
	助成対象者 氏 名								
	助成対象者 生年月日	昭・平・令	年	月	日	年齢	歳	続 柄	
	対象の 助成制度	【 市区町村 】 【 乳幼児・こども・ひとり親・障害・その他 】医療費助成							
	助成内容								
申請理由	<input type="checkbox"/> ア 助成受給者だが、県外(市外)受診をしたため <input type="checkbox"/> イ 助成対象者でなくなったため (対象者でなくなった日 平成 年 月 日) <input type="checkbox"/> ウ 市区町村の助成制度により一旦窓口負担した後に助成金を申請するため(償還払いのため) <input type="checkbox"/> エ その他 ( )								
診療年月	令和	年	月	診療分 (入院・外来) <sup>(※6)</sup>	診療費の額	円			
添付書類 チェック欄	<input type="checkbox"/> ① 医療機関の領収書(原本) 及び 市区町村発行の支給決定通知書 <input type="checkbox"/> ② 受給者証のコピー※ ※ 申請理由イの場合、受給者証のコピーは不要。								
上記のとおり請求します。 支給金額の受領を事業主に委任します。 <sup>(注5)</sup> (千 ー ) 住 所					令和	年	月	日	
					被保険者氏名	㊞			
健 保 組 合 記 入 欄	支 給 決 定 伺	請求額	医療費	支 給 額	高額療養費	支給決定 年月日		令和 年 月 日	
			食事療養費		一部負担還元金 ・ 家族療養付加金	資格 得喪 年月日	取得 喪失	年 月 日	
	査 定 額	医療費	食 事 療 養 費	食 事 療 養 費	合 計	備 考			
		自己負担 割合				常務理事	事務長	主任	担当
	自 己 負 担 額	医療費	食 事 療 養 費	食 事 療 養 費	合 計				
		%							

(注) 1. 毎月23日を受付締切日とし、必要事項を確認のうえ支給決定後、事業所経由で振込します。(最短で診療月の3か月後以降となります。)  
2. レセプトの内容を確認したうえで、支給決定する必要があるため給付金の支給に時間がかかる場合があります。あらかじめご了承ください。  
3. 第三者行為(交通事故等)により負傷した場合は第三者行為による傷病届を提出することが給付の条件となりますので、速やかにご提出ください。なお、ご提出いただけない場合は給付制限または不支給となる場合があります。  
4. 一度提出された添付書類は返却いたしません。あらかじめご了承ください。市区町村等への申請に必要な場合は、事前にコピーを取っていただくことをお勧めします。(申請可否については、各市区町村窓口ご確認ください)  
5. 任意継続被保険者の方については、加入時に申請いただいた銀行口座へ振込みいたします。  
6. 診療月別・入院外来別でそれぞれ請求書を作成して申請して下さい。