

(在職中の方は勤務先の健保担当窓口経由でご提出ください。)

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

事業主使用欄

この申請書は被保険者が作成したものである。

◎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。

被保険者等 記号 番号 記号・番号が分からない場合はマイナンバーを記入してください
所属
被保険者氏名 事業所名称
助成対象者氏名・枝番 連絡先
助成対象者生年月日 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
診療年月 平成・令和 年 月 診療分 (入院・外来) (※6) 診療費の額 円
添付書類チェック欄
住所 被保険者氏名(自署)

Table with columns for 支給決定 (支給額, 査定額, 自己負担額) and 給付額 (医療費, 食事療養費, 高額療養費, 一部負担還元金, 家族療養付加金, 食事療養費, 合計). Includes fields for 支給決定年月日, 令和 年 月 日, and 資格得喪年月日.

- (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。
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、各市区町村窓口を確認ください)
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。