

健康保険 高額療養費・付加給付 支給申請書

| | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--------------|---------------|--------|--|
| 被保険者証 | | 被保険者氏名 | | 住民票上住所 | | | |
| 記号 | | (フリガナ) | | 〒 | | | |
| 番号 | | | | | | | |
| ご連絡先 | | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 | | - | - | 内線() | |
| 対象者氏名 | | (フリガナ) | | 対象者の 生年月日 | (和暦) 年 月 日 | 続 柄 | |

下記項目について記入および、該当箇所に○印をしてください。

| | | | |
|-------------|---|--------|---------|
| 診療年月 | (和暦) | 年 月 診療 | |
| 医療機関/調剤薬局名 | (医療機関名) | | (調剤薬局名) |
| 申請をした市(区)町村 | 都・道・府・県 | | 市・区・町・村 |
| 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() | | |

【保険給付金の対象となる領収書(写)を添付】

◆紛失防止及び証憑製本作業のため、のりで貼付してください
(ホチキス・クリップ止め不可)

◆原本を添付された場合、お戻しできませんのでご注意ください。

※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】

- 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。
- 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。