

届出日 令和 年 月 日

## 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	住所		
記号		(フリガナ)	〒		
番号		印			
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】

※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。