

健康保険 高額療養費 付加給付金 支給申請書 (自治体医療費助成制度 受給者 用)

被保険者(申請者)記入用

◆「高額療養費・付加給付金支給申請書」申請確認フロー で申請可否をご確認のうえ、申請ください

被保険者(申請者)情報	記号	番号	本籍社員番号 記号番号記入の場合は記入の必要はありません	←記号・番号は、①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書(健康保険証)のいずれかでご確認ください
	被保険者等 記号・番号 (左づめ)			
	氏名 (フリガナ)	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和	
	住民票住所 (〒 -)	都 道 府 県		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()			

申請内容	1 診療月	ご請求は診療月ごとに作成してください	年 月	[左記の診療月について、受診者ごとに1医療機関ごと(入院・外来別 医科・歯科別)にご記入ください]		
	2 受診者					
	氏名					
	家族の場合は その方の					
	生年月日					
3 療養を受けた 医療機関・薬局の	名称	所在地				
4 病気ケガ の別	ケガ(負傷)の場合は 負傷原因届を併せて ご提出ください					
療養を受けた期間						
入院通院の別						
5 a. 支払った額のうち、保険 診療分の金額(自己負担額)		円				
b. 自己負担額が不明の場合は 支払った総額		円				
c. 支払いが発生した理由 (健康保険組合への申請理由)						

- 都外(県外)医療機関等の受診により、「医療証」、「受給者証」等が使用できなかった
- 受診の際に「医療証」、「受給者証」等を医療機関へ提示できなかった(医療証忘れ・医療証交付前)
- 市区町村の助成方法により、一旦窓口で支払いをした後に、市区町村へ払い戻し申請を行う必要があるため(償還払い)
- 医療費助成(乳幼児(子ども)医療費制度など)の対象から外れたため(所得制限・年齢制限による不該当)
- その他 理由を記入→ ()

5 c. 支払いが発生した理由の
選択肢

提出先

〒105-5135 東京都港区浜松町2-4-1 世界貿易センタービル南館 オリックスグループ健康保険組合 給付担当

「健康保険 高額療養費・付加給付金支給申請書(自治体医療費助成制度 受給者 用)」+「領収書の写し」
をご提出ください ※領収書の写しは、【領収証貼付欄】に貼付ください

	記号	番号											
被保険者証等 (左づめ)	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>							

【保険給付金の対象となる医療機関等に支払った時の領収書（写）貼付欄】

※紛失防止および証憑製本作業のため、のりで貼付してください（ホチキス止め・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