

# 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

被保険者等 記号・番号 (左づめ)	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
氏名	(フリガナ)		生年月日	□ 昭和 年 月 日 □ 平成 □ 令和
住民票住所	(〒 一 )		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	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)	
	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 昭和 □ 平成 □ 令和 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	1. 病気(異常分娩含む) 2. ケガ(負傷) 年 月 日 から まで	1. 病気(異常分娩含む) 2. ケガ(負傷) 年 月 日 から まで	1. 病気(異常分娩含む) 2. ケガ(負傷) 年 月 日 から まで	
入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他	
5 a. 支払った額のうち、保険 診療分の金額(自己負担額) b. 自己負担額が不明の場合は 支払った総額 c. 支払いが発生した理由 (健康保険組合への申請理由)	円	円	円	円
	以下選択肢から該当する 理由を選んでください	以下選択肢から該当する 理由を選んでください	以下選択肢から該当する 理由を選んでください	以下選択肢から該当する 理由を選んでください

療養の内容などについて

支払った金額など

5 c. 支払いが  
発生した理由の  
選択肢

- 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→( )

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

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

1

2

領収書貼付用

記号	番号												
被保険者証等 (左づめ)	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><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