# 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）

1 2

被保険者（申請者）記入用

## 被保険者（申請者）情報

| | 記号 | 番号 | 生年月日 年 月 日 |
|---|---|---|---|
| 被保険者証の（右づめ） | 100 | 99999 | ☑ 昭和 ☐ 平成 ☐ 令和 580601 |
| 氏名 | （フリガナ） ケンポ タロウ<br>健保 太郎 | | |
| 住民票住所 | （〒 ××× ー ×××× ） 東京 都 道 府 県 港区××町○丁目△番地 | | |
| 電話番号（日中の連絡先） | TEL 03 （ ×××× ） ×××× | | |

## 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 | 2023 年 7 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 | | 2 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） |
| 家族の場合はその方の | 氏名 | 健保 みどり | | |
| | 生年月日 | ☐ 昭和 ☑ 平成 ☐ 令和 25年05月12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 | ○○病院 | | |
| | 所在地 | 大阪府××市××町○丁目△番地 | | |
| 療養の内容などについて 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 | 1 1. 病気（異常分娩含む） 2. ケガ（負傷） | 1. 病気（異常分娩含む） 2. ケガ（負傷） | 1. 病気（異常分娩含む） 2. ケガ（負傷） |
| 療養を受けた期間 | | 年 月 日 230710 から 13 まで | 年 月 日 から まで | 年 月 日 から まで |
| 入院通院の別 | | 1 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 |
| 支払った金額など 5 a. 支払った額のうち、保険診療分の金額（自己負担額） | | 92,500 円 | 円 | 円 |
| b. 自己負担額が不明の場合は支払った総額 | | 円 | 円 | 円 |
| c. 支払いが発生した理由（健康保険組合への申請理由） | | 1 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 |

**5 c. 支払いが発生した理由の選択肢**

1. 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
2. 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）
3. 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）
4. 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）
5. 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 高額療養費付加給付金 支給申請書 （自治体医療費助成制度受給者 用）

1 2

領収書貼付用

| 被保険者証の（右づめ） | 記号 | 番号 |
|---|---|---|
| | 1 0 0 | 9 9 9 9 9 9 |

## 【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

※【貼付欄】で足りない場合は、本紙裏面に貼付ください