

届出日 令和 元年 11月 1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	100	(フリガナ) ケンボ タロウ	健保 太郎	〒000 - 0000	
番号	99999			東京都港区浜松町〇丁目〇番地	
対象者氏名		(フリガナ) ケンボ ハナコ	対象者の	(和暦)	続柄
		健保 花子	生年月日	平成 28 年 5 月 20 日	子

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) 平成 30年 10月 診療	
医療機関/調剤薬局名	(医療機関名) 〇〇病院	(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。