

負傷の原因について記入してください。

保険証の記号と番号を記入してください。

治療を受けた期間を暦月単位入院、通院別で記入してください。

合算高額療養費に該当する場合に記入してください。

# 健康保険 高額療養費 支給申請書

本人  
家族  
合算

( 1 年 5 月 受診分 )

①被保険者証の記号・番号	950 80	②標準報酬月額	3 0 0	③事業所の名称	愛鉄工業株式会社
④療養を受けた者の氏名・生年月日・続柄	氏名 中村吾平 父 昭和・平成・令和 25年4月3日	続柄	父	⑤療養を受けた者の氏名・生年月日・続柄	氏名 中村太郎 本人 昭和・平成・令和 47年6月21日
⑤傷病名	右橈骨骨折	⑥療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	愛鉄連病院 名古屋市中区五の丸1-3-5	⑤傷病名	肺炎
発病又は負傷の原因	休日に1人で自宅階段を踏み外して転落した	発病又は負傷の原因	不詳	発病又は負傷の原因	不詳
負傷したとき	出勤前・出勤途中・勤務中・休憩中 退社途中・帰宅後・(休日)・その他	負傷したとき	不詳	負傷したとき	不詳
⑥療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	愛鉄連病院 名古屋市中区五の丸1-3-5	⑥療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	愛鉄医院 名古屋市中区黄金3-10	⑥療養を受けた病院・診療所の名称及び所在地	
⑦療養を受けた期間	1年5月1日から30日まで (入院)・通院 30日間	⑦療養を受けた期間	1年5月15日から16日まで 入院・(通院) 2日間	⑦療養を受けた期間	
⑧療養期間に受けた療養費の額	85,000 円	⑧療養期間に受けた療養費の額	22,000 円	⑧療養期間に受けた療養費の額	
⑨限度額適用認定証の交付を受けているかどうか	受けている (年月日発効) 受けていない	⑨限度額適用認定証の交付を受けているかどうか	受けている (年月日発効) 受けていない	⑨限度額適用認定証の交付を受けているかどうか	受けている (年月日発効) 受けていない
⑩自己負担額から自己負担額を支給されるかどうか	受けられる 制度名 ( ) 費用徴収 (有・無) 受けられない	⑩自己負担額から自己負担額を支給されるかどうか	受けられる 制度名 ( ) 費用徴収 (有・無) 受けられない	⑩自己負担額から自己負担額を支給されるかどうか	受けられる 制度名 ( ) 費用徴収 (有・無) 受けられない
⑪今回申請の受診月以前1年間に受けた高額療養費	受診月 年 月 受診分	⑪今回申請の受診月以前1年間に受けた高額療養費	年 月 受診分	⑪今回申請の受診月以前1年間に受けた高額療養費	年 月 受診分

入院時の食事にかかる標準負担額は、高額療養費の対象になりません。

裏面の注意事項をよく読んでご提出下さい。(申請書は、月毎に必要となります。)

今回請求以前の1年以内に高額療養を受けた場合はその年月を記入してください。

被保険者の個人口座へ振込みを希望する場合に記入してください。なお、その場合は委任欄への記入はしないでください。

委任者は、請求書に押印されたものと同じ印で押印してください。

委任を希望される場合のみご記入ください。

⑫(フリガナ)払渡し希望銀行の口座	銀行 信用金庫	預金の種類	普通 当座 貯蓄	店番	口座名義人氏名(被保険者)
	本支店			口座番号	フリガナ
					氏名

⑬市町村民税が課されないことを証明する。

証明する欄が 市(区)町村民長名

⑭委任状

申請金額の受領を下記の者に委任します。

被保険者氏名 中村太郎 愛鉄工業

委任された者の 愛鉄工業株式会社  
名古屋市中区栄二丁目10番19号  
代表取締役社長 愛鉄 連太郎

上記のとおり申請します。

1 年 6 月 1 日

愛鉄連健康保険組合理事長 殿

〒 453-0804

被保険者(申請者)住所 名古屋市中村区黄金通1丁目18番地

被保険者(申請者)氏名 中村太郎

TEL (052) 461-6131

□ 本申請書の提出を事業主へ委任します。(委任する場合は☑)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に記載してください。また、事業主様経由で提出する場合は必ず上記委任欄に☑を入れてください。

(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「本人確認(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要です。また事業主様経由で提出する場合は、「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証の写し等)」が必要となります。)

備考欄

(令和1年5月1日改)

被保険者証の記号番号を記入した場合はマイナンバー(個人番号)の記入は不要です。

自己負担額について、他の制度から受けられることができる方はその制度名と費用、徴収の有無を記入してください。

非課税世帯の場合、証明書を添付するか市町村の証明をうけてください。

被保険者の住所、氏名を記入し押印してください。

※記入誤りがある場合は、申請欄及び委任欄と同じ印にて訂正してください。