健 康 保 険 支 給 申 請 書

◎ 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。）

（　　 年 月 受診分）

高額療養費

本人

家族

合算

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ①被保険者証の  記号・番号 | |  |  | | | ②標準報酬月額 | | | | | | | ③事業所の  名　　称 | |  | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |
| ④療養を受けた者の氏名・生年月日・続柄 | | 氏名 | | | | | | | 続柄 | | ⑮※合算高額の場合記入してください。 | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | | | 続柄 | | | 氏名 | | 続柄 | |
| 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 | | | |
| ⑤傷　病　名 | |  | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| 発病又は  負傷の原因 | | （具体的に）※負傷の場合は、詳しく記入してください | | | | | | | | | （具体的に） | | | | | | | | （具体的に） | | | |
| 負傷等  したときは | | 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  （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | 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  （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | 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  （　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| ⑥療養を受けた病院・診療所等の名称及び所在地 | | 名　称 | | | | | | | | | 名　称 | | | | | | | | 名　称 | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | 所在地 | | | | | | | | 所在地 | | | |
| ⑦  ⑥の病院等で療養を受けた期間 | | 日から  日まで  　　　年　　月  入院・通院　　　　　　　日間 | | | | | | | | | 日から  日まで  　年　　月  入院・通院　　　　　　日間 | | | | | | | | 日から  日まで  　年　　月  入院・通院　　　　　　日間 | | | |
| ⑧  ⑦の期間に受けた療養に対して病院等で支払った額 | | 円 | | | | | | | | | 円 | | | | | | | | 円 | | | |
| 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 | | | | | | | | | 受けている（　年　月　日発効）  受けていない | | | | | | | | 受けている（　年　月　日発効）  受けていない | | | |
| ⑩他制度から自己負担額の支給を受けられるかどうか | | 受けられる 制度名  (　 )  受けられない | | | | | | 費用  徴収  (有・無) | | | 受けられる 制度名  ( )  受けられない | | | | | | 費用  徴収  (有・無) | | 受けられる 制度名  　 ( )  受けられない | | | 費用  徴収  (有・無) |
| 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 | | | | | | | 年　　月受診分 | | | | | | | | 年　　月受診分 | | | |
| 被保険者証の記号番号 | |  | | | | | | |  | | | | | | | |  | | | |
| □ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。（利用する場合は☑　利用しない場合は下記の欄を記入。）  　注）口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ⑫  フリガナ | |  | | |  | | | | 普通  当座  貯蓄 | | 店番 | | |  | | | | 口座名義人氏名（被保険者） | | | | |
| フリガナ | |  | | |
| 払渡し希望  銀行の口座 | | 銀　　行  信用金庫 | | | 本　　店  支　　店 | | | | 口座  番号 | | |  | | | | 氏　　名 | |  | | |
| ⑬市町村長が  　証明する欄 | は　　 年度の市（区）町村民税  が課されないことを証明する。  市(区)町村長名  〒 －  被保険者(申請者)住所  被保険者(申請者)氏名  ＴＥＬ( ) － | | | | | | | | | | 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  （申請者）  委任された者の  事業所名  住　　所  氏　　名 | | | | | | | | | | |

上記のとおり申請します。

年 月 日

愛鉄連健康保険組合理事長　殿

上

**□　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、備考欄へ記載してください。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4年10月1日 改）