

一部負担還元金・家族療養付加金
 高額療養費 合算高額療養付加金 支給申請書
 訪問看護(家族)療養付加金

記載例-本人

① 診療を受けた月	平成 27 年 1 月分	事業所の名称	〇〇〇〇セメント株式会社		
② 被保険者証の	記号 9999	氏 名	渋谷 一郎		
	番号 9999				
療養を受けた者の	1 渋谷 一郎	2	3		
③ 氏名・続柄	続柄(本人)		続柄()		
生年月日	昭・平 43 年 4 月 1 日	昭・平 年 月 日	昭・平 年 月 日		
④ 傷 病 名	急性心筋梗塞				
⑤ 療養を受けた病院等の名称及び所在地	名 称	東京〇〇〇病院			
	所在地	東京都江東区〇〇〇			
	電 話	03-0000-1111			
⑥ ⑤の病院・診療所で療養を受けた期間	平成27年 1 月 2 日から 同 1 月 22日まで 21 日間	平成 年 月 日から 同 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同 月 日まで 日間		
⑦ ⑥の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額	235,600 円	円	円		
	入院・入院外	入院・入院外	入院・入院外		
⑧ ⑥の期間に受けた療養に対し処方箋の交付を受けましたか	受けた 調剤薬局の名称 () 受けない	他の助成制度を受ける場合は受けられるに○を付けたうえで制度名の記載をお願いします。		受けた 調剤薬局の名称 () 受けない	
	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない			受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない
⑨ ⑧の期間に受けた療養に対し処方箋の交付を受けましたか	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない		
⑩ 被保険者の	上記の通り申請します。平成27年 2月2日		受付年月日		
	住所 〒150-0000 東京都渋谷区〇〇〇	渋谷 (印)			
	氏名 渋谷 一郎	セメント商工健康保険組合理事長 殿			
委任状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成 27年 2月 2日 請求した高額療養費、一部負担還元金、家族療養付加金、合算高額療養付加金、訪問看護(家族)療養付加金の受領方を委任します。				
	平成27年 2月2日				
	被保険者の	住所 東京都渋谷区渋谷〇〇〇	渋谷 (印)		
	代理人の (受領責任者)	住所 東京都渋谷区西〇〇〇	〇〇〇〇セメント株式会社 総務部長 武蔵 力 (印)		
※組合使用欄	診療点数	1 点	2 点	3 点	
	(自己負担分の) 診療金額	入 外 (日) 円	入 外 (日) 円	入 外 (日) 円	
	支 給 額	円	標準報酬月額区分		
			支給額内訳	高額 円	付加金 円
備考					

※組合使用欄には記入しないでください。

一部負担還元金・家族療養付加金
 高額療養費 合算高額療養付加金 支給申請書
 訪問看護(家族)療養付加金

記載例-家族

① 診療を受けた月	平成 27 年 1 月分	事業所の名称	〇〇〇〇生コン株式会社	
② 被保険者証の	記号 8888	氏 名	東 一朗	
	番号 8888			
③ 療養を受けた者の 氏名・続柄 生年月日	1 東 二郎 続柄(子) 昭(平) 17 年 5 月 5 日	2	3	
		続柄() 昭・平 年 月 日	続柄() 昭・平 年 月 日	
④ 傷 病 名	気管支喘息			
⑤ 療養を受けた病院等の 名称及び所在地	名 称	城南〇〇〇病院		
	所在地	東京都港区〇〇〇		
	電 話	03-1111-1111		
⑥ ⑤の病院・診療所で 療養を受けた期間	平成27年 1 月 2 日から 同 1 月 22日まで 21 日間	平成 年 月 日から 同 月 日まで 日間	平成 年 月 日から 同 月 日まで 日間	
⑦ ⑥の期間に受けた療養 に対し病院等で支 払った額	158,000 円	円	円	
	入院・入院外		入院・入院外	
⑧ ⑥の期間に受けた療養 に対し処方箋の交 付を受けましたか	受けた 調剤薬局の名称 () 受けない	他の助成制度を受ける場合は受けられるに○を付けたうえで制度名の記載をお願いします。		受けた 調剤薬局の名称 () 受けない
	受ける (制度名 〇〇市乳幼児助成制度) (費用徴収の 有・無) 受けられない			受ける (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない
⑨ 他の制度により自己 負担またはその一部 を受けられるかどうか	受ける (制度名 〇〇市乳幼児助成制度) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受ける (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	受ける (制度名) (費用徴収の 有・無) 受けられない	
⑩ 被保険者の 住所 氏名	上記の通り申請します。 〒150-0000 東京都渋谷区〇〇〇 東 一朗 セメント商工健康保険組合理事長 殿		平成27年 2月2日	受付年月日
			東 印	
委 任 状	私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成 27年 2月 2日 請求した高額療養費、一部負担還元金、家族療養付加金、合算高額療養付加金、訪問看護(家族)療養付加金の受領方を委任します。 平成27年 2月2日			
	被保険者の 住所 東京都渋谷区渋谷〇〇〇 氏名 東 一朗		東 印	
代理人の 住所 埼玉県川口市〇〇〇 (受領責任者) 氏名 〇〇〇〇生コン株式会社 総務部長 武南 剛		生コン 印		
※組合使用欄	診療点数	1 点	2 点	3 点
	(自己負担分の) 診療金額	入 外 (日) 円	入 外 (日) 円	入 外 (日) 円
	支 給 額	円	標準報酬月額区分	
			支給額内訳	高額 円 付加金 円
備考				

※組合使用欄には記入しないでください。