

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 23 年 4 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 | | | |
| ③ 療養を受けた者の 氏名・続柄 生年月日 | 1 渋谷 一郎 続柄(本人) 昭平 43 年 4 月 1 日 | 2 | 3 | |
| | | 続柄() 昭平 年 月 日 | 続柄() 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23年 4月 2日から 同 4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 |
| 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 | |
| | 上記の通り申請します。平成23年 4月26日 | | 受付 年月日 | |
| ⑩ 被保険者の 住所 〒150-0000 東京都渋谷区〇〇〇 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 23年 4月 26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23年 4月28日 | | | |
| | 被保険者の 住所 東京都渋谷区渋谷〇〇〇 氏名 渋谷 一郎 | | 渋谷 | |
| | 代理人の 住所 東京都渋谷区西〇〇〇 (受領責任者)氏名 〇〇〇〇セメント株式会社 総務部長 武蔵 力 | | セメント | |
| ※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 | 一般・上位所得・前期高齢・前期高齢上・多数該当 |
| | | | 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 23 年 4 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 | | | |
| 療養を受けた者の | 1 東 二郎 | 2 | 3 | |
| ③ 氏名・続柄 | 続柄(子) | 続柄() | 続柄() | |
| 生年月日 | 昭(平) 17 年 5 月 5 日 | 昭・平 年 月 日 | 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23年 4 月 5 日から 同 4 月 18 日まで14 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 |
| | 受けられる (制度名 〇〇市乳幼児助成制度) (費用徴収の 有・無) 有 受けられない | 受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 有 | 受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 有 | |
| 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 〇〇市乳幼児助成制度) (費用徴収の 有・無) 有 受けられない | 受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 有 | 受けられる (制度名) (費用徴収の 有・無) 有 | |
| ⑩ 被保険者の | 上記の通り申請します。 平成23年 4月26日 | | 受付年月日 | |
| | 住所 〒150-0000 東京都渋谷区〇〇〇 | 氏名 東 一朗 | | |
| 委任状 | 私は下記の受領責任者を代理人と定め、平成 23年 4月 26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23年 4月28日 | | | |
| | 被保険者の住所 | 東京都渋谷区渋谷〇〇〇 | 東 | |
| | 代理人(受領責任者)の住所 | 埼玉県川口市〇〇〇 | 生コン | |
| ※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 | 一般・上位所得・前期高齢・前期高齢上・多数該当 |
| | | | 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。