高額療養費（付加金）支給申請書 記入例

セメント商工 健康保険組合｜業務第二課 03-3409-7918

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費 支給申請書

被保険者情報

① 被保険者等 記号・番号	記号 1234　番号 5678	事業所名称	○○工業株式会社
氏名	（フリガナ） ケンポ タロウ 健保 太郎	生年月日	昭・平・令 ○○ 年 ○ 月 ○ 日
② 住所	〒 110 － 0000　東京 都・道 府・県　渋谷区○○ ×－×		
	□□マンション×××号	電話番号（日中の連絡先）	090 （ 1234 ）○○○○

※ 受領について（どちらかに✓）　☑ 事業所への委任払いを希望（委任状欄へ）　□ 個人口座への振込を希望（振込先へ）

振込先

金融機関名称	銀行・金庫・信組 農協・その他（ ） 支店・本店・出張所 その他（ ）	預金種別	普通・当座・その他（ ）
		口座番号	
③ 口座名義（カタカナで記入）			

委任状

④ 口座名義が代理人の場合にご記入ください。

本申請に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。　令和 年 月 日

被保険者（申請者）	氏名 健保 太郎 印（健保）
代理人（口座名義人）	住所 東京都港区○○ ×－× 氏名 ○○工業株式会社 山田 一郎 印（山田）

※委任払いの場合は押印をお願いします

請求

⑤ 診療月（月単位で申請）　令和 ○ 年 8 月　（左記診療月に対し、受診者ごと（医療機関、薬局、入院、通院別等）にご記入ください。）

⑥ 受診者の	氏名	健保 花子 続柄（長女）	健保 花子 続柄（長女）	健保 花子 続柄（長女）
	生年月日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日	昭・平・令 ○ 年 ○ 月 ○ 日
⑦ 傷病名 ※		関節リウマチ	関節リウマチ	関節リウマチ
療養を受けた医療機関や薬局の	名称	△△総合病院	□□医院	○○薬局
	所在地	東京都△△区□□×-×-×	東京都△△区□-□	東京都△△区□□×-×
診療を受けた期間（月単位）		令和 ○ 年 8 月 10 日から（入院・通院・薬局）28 日まで	令和 ○ 年 8 月 20 日から（入院・通院・薬局）31 日まで	令和 ○ 年 8 月 20 日から（入院・通院・薬局）31 日まで
⑧ 病院等に支払った額（保険診療分の自己負担額）		141,800 円	17,000 円	4,500 円
⑨ 他の公的制度から医療費の助成を受けていますか（はいの場合は制度名等）		はい・いいえ 制度名 ▸ 自己負担分の助成 ▸ 全額助成・一部自己負担あり	はい・いいえ 制度名 ▸ 自己負担分の助成 ▸ 全額助成・一部自己負担あり	はい・いいえ 制度名 ▸ 自己負担分の助成 ▸ 全額助成・一部自己負担あり

※ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、「第三者行為による傷病届」の添付が必要となります。

○ 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「（非）課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。

⑩ 市区町村が証明する欄　当該被保険者は、令和 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　印

受付日付印

マイナンバー記入欄（被保険者等記号・番号を記入した場合は記入不要です。）

⑪ マイナンバーを記入した場合、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

セメント商工 健康保険組合　（令7.12）

記入もれや誤りが多いところ（特にご注意ください。）

❶ 記号・番号は、「マイナポータル」「資格情報のお知らせ」「資格確認書」に記載されています。

❷ 対象者が家族（被扶養者）の場合でも、被保険者の氏名などの情報をご記入ください。
被保険者が亡くなられて、相続人の方が申請される場合は、申請される方の氏名をご記入ください。
（住所、振込先口座も同様です。）

❸ 個人口座への振込を希望する場合にご記入ください。
被保険者が亡くなられて、申請者が当該被保険者の扶養でなかった場合は、続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票など）の添付が必要です。

❹ 事業所への委任払いを希望する場合にご記入ください。
被保険者（申請者）欄に氏名の記入、押印が必要です。代理人欄は事業所が指定されている、受領責任者の署名、押印が必要です。

❺ 月（１日から末日）を単位としてご記入ください。月をまたいだり、複数月を記入して申請はできません。

❻ 受診者ごとに、医療機関、医科、歯科、入院、通院、薬局に分けてご記入ください。

❼ 傷病の原因が第三者の行為による場合は、別途「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは、当組合（右上の電話番号）にお問い合わせください。

❽ 保険診療分の金額をご記入ください。
差額ベッド代などの保険外負担額や入院時の食事負担額などは含めません。

❾ 受診された方が「乳幼児」「ひとり親家庭」などで、市区町村から医療費助成を受けている場合は、その制度名をご記入ください。
また、医療機関の窓口での自己負担がない場合は、「全額助成」に、自己負担がある場合は、「一部自己負担あり」に○を付けてください。

❿ 被保険者本人が非課税者の場合は、この欄に市区町村長より証明を受けるか、「（非）課税証明書」の交付を受け原本を添付してください。
注１：診療された方が扶養家族であっても、被保険者の「（非）課税証明書」が必要です。
注２：診療を受けた月が７月までは「前年度分」、８月以降は「当年度分」となります。

⓫ ❶の被保険者等記号・番号を記入した場合、マイナンバーの記入は不要です。

＊ ご記入いただいた内容を訂正する場合は、二重線で抹消し、正しい内容をご記入ください。