

高額療養費支給申請書記入例

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 (第4回) (入院) (通院)

① 被保険者証の記号・番号				事業所の名称			
7	2	3	4	1	5	1	(株)ポッカポカグループ
② 被保険者(本人)氏名・印 生年月日		氏名		健保 太郎		③ <input checked="" type="checkbox"/>	
		昭和・平成		50年3月5日			
被保険者の住所				〒105 - 0000 電話(03)×××× - ××××			
電話番号				東京都港区 〇〇 1-1 △マンション 101			
④ 療養を受けた者氏名・生年月日・続柄		氏名 健保 太郎		氏名 健保 太郎		氏名 健保 花子	
		昭和・平成 50年3月5日 続柄(本人)		昭和・平成 50年3月5日 続柄(本人)		昭和・平成 55年5月1日 続柄(妻)	
⑤ 傷病名		心筋梗塞		心筋梗塞		鎖骨骨折	
療養を受けた医療機関等について		名称 千代田〇〇病院 所在地 東京都千代田区2-2		名称 品川〇〇総合病院 所在地 東京都品川区1-1		名称 港区立第1〇〇病院 所在地 東京都港区3-34	
診療月		22年 4月		22年 4月		22年 4月	
療養を受けた期間について		22年4月1日～15日 (15日間) <input checked="" type="checkbox"/> 入院・通院		22年4月15日～28日 (14日間) <input checked="" type="checkbox"/> 入院・通院		22年4月5日～8日 (内2日間) <input type="checkbox"/> 入院・ <input checked="" type="checkbox"/> 通院	
⑥ 上記療養に対する自己負担額		(保険適用分) 210,398円		(保険適用分) 180,956円		(保険適用分) 35,688円	
⑦ 他制度から給付を受けているかどうか(生命保険は除く)		・受けられる制度名() <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない		・受けられる制度名() <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない		・受けられる制度名() <input checked="" type="checkbox"/> 受けられない	
⑧ ※今回申請の診療月以前1年間に、3回以上、高額療養費の支給を受けた場合に記入してください。(直近の3回分)		診療月	22年 1月	22年 2月	22年 3月		
		被保険者証の記号・番号	8088・123	7234・151	7234・151		
		加入の健康保険組合名	全国スイツ健康保険組合	ポッカ健康保険組合	ポッカ健康保険組合		
⑨ 振込希望の金融機関名		ポッカ <input checked="" type="checkbox"/> 銀行・農協信用金庫		(カ)カ シモン様 支店			
預金種別		<input checked="" type="checkbox"/> 普通・当座		口座番号 1 2 3 4 5 6 7			
口座名義(カタカナで記入・被保険者の口座に限る)		ケンボタロウ					

*被保険者の市区町村民税が非課税の場合は、この申請書に該当年度の[非課税証明書]を添付してください。

22年5月28日提出

受付日付印

① 被保険者証(保険証)で確認してご記入ください。番号は右詰めでお書きください。

② 被保険者(本人)の氏名・生年月日・住所などをお書きください。

③ 印鑑は必ず押してください。

④ 療養を受けた者別に、それぞれの医療機関ごと、入院・通院別に、1ヶ月単位でご記入ください。

⑤ 傷病名が負傷の場合(捻挫・打撲・骨折など)の場合は、別途、負傷原因について照会することがあります。

⑥ 医療機関等で支払った金額のうち、保険適用分をお書きください。(領収書の添付は必要ありません。)

⑦ 他の制度より、医療費の自己負担相当額、またはその一部を受けられる場合は“受けられる”に○をして、制度名をお書きください。(例:市町村の乳幼児医療制度等)何も無い場合は、“受けられない”に○をしてください。

⑧ 1年の間に、3回高額療養費の支給を受けた場合、4回目から多数該当の扱いになります。高額療養費計算が変わってきますので、診療月などわかる範囲でご記入ください。

⑨ 必ず被保険者(本人)の口座名義をご記入ください。