

健康保険 付加給付金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

記入例

申請者) 情報	記号	番号	生年月日	年	月	日
	1 2 3	4 5 6 7	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成	5	4	○ ×
	(フリガナ)	ケンホ シロウ	徳洲会病院			
氏名	健保 二郎		被保険者が死亡後に請求される場合は、氏名・住所・振込口座の欄は、申請者の情報をそれぞれ記入してください。 ※記号番号・生年月日・事業所名は被保険者の情報を記入し、被保険者名は、2ページ目の「被保険者氏名」に必ず記入してください。			
住所	東京 〇〇市〇〇町〇-×-×		次のおり、付加給付金を申請します。なお、関係機関に調査、照会することについて同意します。			
電話番号 (日中の連絡先)	TEL 080 (1234) 5678		して、貴組合が関			

※「振込先指定口座」について⇒ 記入不要です(事業所振込のため)。

ただし、退職者(資格喪失者含む)および任意継続被保険者の方は記入が必要です。

申請書を提出後に退職(資格喪失含む)および任意継続の手続きをされた場合は、健康保険組合までご連絡ください。

振込先指定口座	金融機関名称	銀行 金庫 信組 農協 漁協 その他 ()	本店 支店 出張所 本所 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号
	口座名義	▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(゜)は1字としてご記入ください。)	口座名義の区分
			1. 申請者 2. 代理人

口座名義の区分が「2」の場合は必ず下記を記入してください。

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所 (〒 -) TEL ()	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	※代理人が署名してください	(フリガナ) _____ 氏名	委任者と代理人との関係

「申請者記入用」は2ページに続きます。>>>

◎付加給付金の支給は、医療機関からの診療報酬明細書(レセプト)に基づいて支給決定しておりますので、療養を受けた月から3ヵ月程度要します。

◎この申請書は、1ヵ月単位(1日~末日)でご提出ください(書ききれない場合は、2ページ目のみを追加で添付してください)。

◎入院時食事療養費や差額ベッド代等の自己負担額は付加給付金の支給対象になりません。

◎被保険者死亡後の請求となる場合は、請求者との身分関係が確認できる「戸籍謄本」等の添付が必要です。

備考欄

※被保険者証の記号番号に代えて個人番号により申請する場合は、備考欄に記載してください。(個人番号を記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための書類が必要です。)

受付日付印

申請内容	1 診療月 (要元号記入)	令和1年7月			下記の欄には、左記の診療月について病院(歯科含む)・薬局等を記入またはマルをしてください(入院と通院は分けて記入)。		
	2 受診者	① 被保険者 2. 家族(被扶養者)	① 被保険者 2. 家族(被扶養者)	1. 被保険者 ② 家族(被扶養者)	健保 三子		
	氏名						
	家族(被扶養者)の場合はその方の生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][][][] 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 [][][][][][] 年 月 日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 2 5 [][][][] 年 月 日			
3 療養を受けた医療機関・薬局の名称	△○病院			○×調剤薬局			□□歯科医院
4 傷病名	○○○○○			○○○○○			△△△
ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。							
療養を受けた期間	令和1年7月1日から 同月31日まで 診療実日数 10 日間			令和年7月1日から 同月31日まで 診療実日数 3 日間			
入院通院の別	1. 入院 ② 通院・その他			1. 入院 ② 通院・その他			
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	○○,○○○ 円			○,○○○ 円			
自己負担額が不明の場合は支払った総額	円			円			
6 他の制度から、医療費の助成を受けていますか	① いいえ 2. はい			① いいえ 2. はい			① いいえ 2. はい
はいの場合 ・子ども医療費助成 ・ひとり親医療費助成 ・重度心身障害者医療費助成等	助成を受けた制度の名称			助成を受けた制度の名称			自治体等から医療費の助成を受けられる場合に記入。 (例:ひとり親医療費助成、子ども医療費助成等)
自己負担分の助成の内容	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり			1. 全額助成 2. 一部自己負担あり			2. 一部自己負担あり

入院の場合は、入院期間を記入。
(※月をまたいで入院の場合、月毎にそれぞれ申請書を提出してください。)
通院・その他の場合は、「1日～末日」を記入。

同一の医療機関で、同月に入院と通院があった場合は、それぞれ分けて記入(欄を二つ使用してください)。

自治体等から医療費の助成を受けられる場合に記入。
(例:ひとり親医療費助成、子ども医療費助成等)

上記1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月 1 年 月 2 年 月

21,000円以上の自己負担が2件以上あり(食費・差額ベッド代等除く)、それらを合算した結果、自己負担限度額を超える時は「合算」にマルをしてください。
(70歳以上の方が、複数の病院等にかかった時は、「合算」にマルをしてください。)

8 多数該当 無 有 9 単独・合算の別 単独 合算

11 所得区分等 1: 標準報酬月額83万円以上 2: 標準報酬月額53万~79万円 3: 標準報酬月額28万~50万円
4: 標準報酬月額26万円以下 5: 住民税非課税(下記参照) 6: ひとり親家庭

※被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、下記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。
(4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については当年度の課税に関する証明を受けてください。)
他の申請において、今回の申請に必要な証明または(非)課税証明書をすでに提出されている場合は、改めて証明や添付いただく必要はありません。

市区証明 診療月以前の1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合(上記7が全て埋まる場合は、「有」にマルをしてください。 市区町村長名 (印)

組合処理欄

算出額 円