

健康保険 付加給付金 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号 健康保険 (左づめ)	番号 <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"></table>	生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"></table>
	氏名 (フリガナ)	事業所名称	
	次のとおり、付加給付金を申請します。なお、支給決定金額を算出するにあたり、医療費助成等に関して、貴組合が関係機関に調査、照会することについて同意します。		
	住所 (〒) (都道府県)		
	電話番号 (日中の連絡先) TEL	()	

※「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	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
	預金種別	1. 普通 3. 別段 2. 当座 4. 通知	口座番号 <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>
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(ー)、半濁点(ー)は1字としてご記入ください。) <table border="1" style="width: 100px; height: 40px;"></table>		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
	氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
代理人 (口座名義人)	(〒) 一 TEL () 住所 (フリガナ)	委任者と 代理人との 関係
※代理人が署名して下さい	氏名	

「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ヶ月程度要します。

◎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。

受付日付印

備考欄

※健康保険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。)

更新年月日 R7.12.2

被保険者(申請者)記入用

記号一番号

—

被保険者氏名

申請内容

1 診療月
(要元号記入)

年

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)

家族(被扶養者)
の場合はその方の

氏名

 昭和 平成 令和 昭和 平成 令和 昭和 平成 令和

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

年 月 日

3 療養を受けた
医療機関・薬局の
名称

名称

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。

年 月 日から

同月 日まで

診療実日数 日間

年 月 日から

同月 日まで

診療実日数 日間

年 月 日から

同月 日まで

診療実日数 日間

療養を受けた期間

1. 入院

1. 入院

1. 入院

2. 通院・その他

2. 通院・その他

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

円

自己負担額が不明の場合は
支払った総額

円

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

助成を受けた
制度の名称・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 等自己負担分の
助成の内容

1. 全額助成

1. 全額助成

1. 全額助成

2. 一部自己負担あり

2. 一部自己負担あり

2. 一部自己負担あり

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

3

年 月

8 多数該当

無・有

9 単独・合算
の別

単独・合算

10 第三者行為
有の場合は負傷届提出

無・有

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。

市区町村長が
証明する欄当該被保険者は
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

組合処理欄

算出額

円