

一般者用

健康保険被扶養者等
高額療養費・付加給付金支給申請書

裏面の記入方法を、お読みください

① 平成 年 月 診療分 令和		記号		番号		③ 被保険者		氏名		④	
② 被保険者証						生年月日		昭・平 年 月 日			
④ 事業所名称						電話					
⑤ 被保険者住所		〒				連絡先(携帯等)					
⑥ 診療を受けた者		氏名		氏名		氏名					
		被保険者との続柄		被保険者との続柄		被保険者との続柄					
		生年月日		年 月 日		生年月日		年 月 日		生年月日 年 月 日	
⑦ 診療を受けた医療機関等の名称		電話		電話		電話					
⑧ 診療を受けた期間		自 年 月 日から 至 年 月 日まで (日間)		自 年 月 日から 至 年 月 日まで (日間)		自 年 月 日から 至 年 月 日まで (日間)					
⑨ 診療区分		1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他		1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他		1.入院 2.外来 3.調剤 4.その他					
⑩ ⑧の期間で医療機関に支払った金額		(入院時食事療養の標準負担額・自費診療分等を除く) 円		円		円					
⑪ 処方箋の交付を受けて薬を購入した調剤薬局の名称・金額		薬局 円		薬局 円		薬局 円					
⑫ 国・市区町村より医療費の助成を受けられる場合(障害者医療、高齢者医療など)		受けられる制度名をご記入ください。 制度名:									
⑬ けがの場合		いつ・どこで・何をしているときにどのように負傷しましたか		年 月 日		AM・PM		時頃			

電設工業健康保険組合

支払金融機関の口座名義が被保険者以外の場合、受取代理人欄を記入してください。

⑭ 支払金融機関欄	銀行・農協 本店 信金・信組 支店		受取代理人欄	被保険者		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。 年 月 日		
	銀行コード	本支店コード		〒	住所		氏名 ④	
	種類	普通・当座 貯蓄 その他		〒	住所		氏名 ④	
	口座番号			〒	住所		氏名 ④	
	フリガナ			フリガナ				
	口座名義			フリガナ				

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (マイナンバーを記載した場合は、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。)	備考欄
--	-----

※ 処理状況	高額療養費	
	付加金	
	不支給	

備考

※欄は記入しないでください。

2019.4.2.000

◎下記の〈記入上の注意〉(1)の条件で自己負担額が21,000円以上の場合、申請してください。

高額療養費及び付加給付金は、医療機関等からの診療報酬明細書に基づいて支給決定しますので、給付金の支払は診療を受けた月から4カ月以降になります。医療機関からの請求によって支給時期が遅れる場合があります。

〈記入上の注意〉

- (1) 診療月単位、受診者、医療機関、医科・歯科別、入院・外来・調剤別に記入してください。
- (2) ⑩医療機関に支払った額は、保険診療にかかる自己負担分に限られます。入院時食事療養費の標準負担額、先進医療、差額ベッド代、歯科の特別な材料代、正常な妊娠・出産などの保険対象外の費用は除いてください。
- (3) 処方箋を交付した医療機関と調剤の自己負担額を合算して自己負担限度額を超えたとき、同一医療機関の診療とみなしますので、どちらかが21,000円未満であっても記入いただけます。(自己負担限度額は所得区分によって異なります。)
- (4) 請求権の時効は2年です。起算日は診療月の翌月1日です。

〈添付書類〉

- (1) 「限度額適用認定証」(所得区分が低所得の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」)の交付を受け、高額療養費の現物給付を受けたときは、領収書のコピーを添付してください。
- (2) 被保険者の所得区分が低所得の方は、市区町村の発行する非課税証明書(診療を受けた月の属する年度分、4月～7月診療分については前年度分)を添付してください。同一年度は1回目の請求時のみで結構です。
入院の場合は「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を提出してください。入院時食事療養費の標準負担額が減額されます。
- (3) 請求者が被保険者死亡による相続人の場合は、被保険者との続柄を確認できる戸籍謄本の写し等を添付してください。被扶養者が請求なさる場合は不要です。

●法定給付〈健康保険法で定められた給付〉

◇高額療養費

保険診療を受けた被保険者・被扶養者受診者ごとの1カ月に病院窓口で支払う自己負担額が高額になった場合に、一定額を超えた自己負担額を還元する制度です。次の条件がすべて該当していることが必要になります。

1. 同一月内の診療です。
2. 同一医療機関の診療です。

厚生労働大臣の定める血友病、人工透析を必要とする慢性腎不全及び抗ウイルス製剤を投与している後天性免疫不全症候群の患者の場合は、自己負担額が10,000円(人工透析の上位所得者は20,000円)を超えた額が支給されます。

3. 医科、歯科別の診療です。
4. 入院、入院外(外来)別の診療です。

◇合算高額療養費

同一月、同一世帯において自己負担額が21,000円を超えるものが複数ある場合、合算した額が自己負担限度額を超えたときは、超えた額が高額療養費として支給されます。

◇多数該当高額療養費

同一世帯で、診療を受けた月以前の12カ月間に3カ月以上高額療養費が支給されている場合、4カ月目からは自己負担限度額が引き下げられ、その限度額を超えたときに超えた額が高額療養費として支給されます。

●付加給付〈当健保組合が独自に行う給付〉

◇一部負担還元金・家族療養費付加金・合算高額療養費付加金

高額療養費を除いた受診者ごとの自己負担額から20,000円を控除した額(1,000円未満不支給、100円未満切捨て)が支給されます。

〒174-8526

東京都板橋区坂下一丁目33番12号

電設工業健康保険組合 給付課

03-5970-0306