一般者用

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費・付加給付金支給申請書

裏面の「記入上の注意」をお読みください。

① 令和　　年　　月 診療分

② 健康保険の	記号	番号	③ 被保険者	氏名	㊞
				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		薬局		薬局	
	円		円		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、委任状を記入してください。

⑭ 支払金融機関欄

銀行・農協　信金・信組　本店　支店

銀行コード　本支店コード

種類　普通・当座

口座番号

フリガナ
口座名義

委任状

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 〒 住所 氏名　㊞
代理人	〒 住所 氏名　㊞

マイナンバー記入欄（被保険者の記号番号を記入した場合は記入不要です。）

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。

公金受取口座を利用する場合は、下記に☑をご記入ください。（利用する場合、上記口座情報の記入は不要です。）
口座名義が被保険者と異なる場合は、上記「委任状」欄の記入が必要です。

☐ マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。

公金受取口座を利用する場合は、支給決定までに時間を要することがありますのでご了承ください。

※健保記入欄

高額療養費

付加金

不支給

備考

2024.12

◎下記の〈記入上の注意〉⑴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。

＊健康保険の記号・番号は「資格確認書」・「資格情報通知書（資格情報のお知らせ）」に記載されています。＊

〈記入上の注意〉

⑴ **診療月単位、受診者ごと、医療機関ごと、医科入院、医科外来、歯科入院、歯科外来、調剤別に記入してください。**

⑵ 保険診療として認められた療養費（柔道整復、治療用装具などの自己負担分）も対象となります。

⑶ ⑩医療機関に支払った額は、保険診療にかかる自己負担額に限られます。入院時食事療養費の標準負担額、先進医療、差額ベッド代、歯科の歯列矯正や特別な材料代等、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。

⑷ 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。）

⑸ 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〉

⑴ 高額療養費の現物給付を受けたとき（医療機関にて自己負担限度額までの適用を受けた方、「限度額適用認定証」「限度額適用・標準負担額減額認定証」の交付を受けた方を含む）は、領収書のコピーを添付してください。（診療明細書は不要です。）
また、⑫の他の制度より医療費の助成を受けた場合で、なお残る自己負担額が 21,000 円を超えている場合は、助成額が分かる領収書、通知書等のコピーを添付のうえ申請してください。

⑵ 口座名義が被保険者（申請者）と異なる場合は、「委任状」欄の記入が必要です。 なお、代理人（口座名義人）が当組合の加入員でないときは、被保険者との続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票などの原本）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。

⑶ 請求者が被保険者死亡による相続人の場合は、被保険者との続柄のわかる書類（戸籍謄本、住民票などの原本）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。

⑷ 被保険者の所得区分が低所得の方は、「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」に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、入院時食事療養費の標準負担額も減額されます。

●法定給付〈健康保険法で定められた給付〉

◇高額療養費　（自己負担限度額についてはホームページにてご確認ください。）

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「1.2.3」のすべてに該当していることが条件となります。

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（上位所得者は 20,000 円）を超えた額が支給されます。（別途申請が必要です。）
3. 医科入院、医科外来、歯科入院、歯科外来、調剤別の診療です。

◇合算高額療養費

同一世帯において「記入上の注意⑴」の条件で自己負担額が 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自己負担額**（「記入上の注意（1）」の条件ごとに）から各々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