

高額療養費・付加給付金精算 申請書

申請日 令和 年 月 日

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証 記号・番号	記 号				番 号								
	被保険者氏名													
	申請理由 (当てはまる 番号に○)	① 助成受給者であるが、県外（市外）で受診したため ② 助成対象者でなくなったため ③ 市区町村の助成制度が一旦窓口で支払いをした後に申請するため(償還払いのため) ④ その他 ()												
	助成対象者氏名						生年月日	S・H・R	年	月	日			
	対象の助成制度	() 市・区・町・村 (乳幼児・こども・ひとり親・障害・老人・その他) 医療費助成												
	診療年月	令和 年 月 診療分					※ 1ヶ月単位で申請してください (領収書の写しを添付)							
事 業 所 記 入 欄	所 属	事業所名						事業所 担当者 受付印						
		部			課									
	担当者名				TEL (MIND)									

健 保 記 入 欄	支給決定額	円	受給者区分			被保険者		被扶養者		
	支給年月日	R 年 月 日				未就学児		高8	高9	
	高額療養費	円	所得区分			ア	イ	ウ	エ	オ・II・I
	一部負担還元金	円	高額療養費			単独	合算	多数該当		非該当
	家族療養費付加金	円	付加給付金			該当		非該当		
	合算高額療養費 付加金	円	常 務 理 事	担 当 者						
	備考									

※ 本紙に記載された個人情報は、別途事業主及び健康保険組合より公表の利用目的の範囲内で活用されます。

- [注意事項] 1. 精算したい月の医療機関もしくは、市区町村に支払った時の領収書の写しを必ず添付してください。
 2. この申請書は、事前に「助成受給者登録届出書」の提出を済ませていることが前提となっています。