

この欄は何も記入しないでください

本件支給決定してよろしいか	常務理事	事務長		担当者	支給決定額						
							万	千	百	十	円
	支給対象月				摘要	ア イ ウ	エ オ	負担額			
	年 月 診療分					一 多	般 数	支給額			
	資格期間	年 月 日 取得 年 月 日 喪失				高齢受給 (個人・世帯) VI V IV III II I					
標準報酬月額	千円			種別 備考	外来 調剤 特定疾病						

健康保険 高額療養費支給申請書

受付印

① 被保険者の 記号番号	記号	番号	②被保険者の 氏名	相続人氏名 ()		
③被保険者の住所	〒 _____ TEL _____					
④事業所の名称						
⑤療養を受けた者の 氏名、生年月日	1 (年 月 日)		2 (年 月 日)		3 (年 月 日)	
⑥被保険者との続柄						
⑦ 傷病名						
⑧療養を受けた 医療機関等の	名称					
	所在地					
⑨上記の医療機関で 療養を受けた期間	年 月 日から 同月 日まで 日間		年 月 日から 同月 日まで 日間		年 月 日から 同月 日まで 日間	
⑩上記で受けた療養について 医療機関等で支払った額	円		円		円	
⑪自己負担額の全額又は 一部について、他の 制度から支給をう けられますか	はい・いいえ 制度名 () 費用徴収 有り・無し		はい・いいえ 制度名 () 費用徴収 有り・無し		はい・いいえ 制度名 () 費用徴収 有り・無し	
⑫入院・通院の別	入院・その他		入院・その他		入院・その他	
⑬今回申請の診療月以前1 年間に高額療養費の支給 を3回以上受けた場合は 直近3か月の受給記録	診療月	年 月 診療分		年 月 診療分		年 月 診療分
	保険証の 記号番号					
⑭振込先	銀行・農協	本店・支店	預金種目	口座番号		口座名義 (フリガナ)
	信用金庫	出張所	普通 当座			(フリガナ)
⑮委任状	私は本請求に基づく給付金の受領を 住所 _____ 氏名 _____ に委任します。 年 月 日 被保険者氏名 _____					支給日
	⑯市区町村長の の証明欄	上記②の被保険者には、平成 _____ 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。 年 月 日 市区町村長名 _____				

※裏面の注意事項をよく読んでから記入してください。

西日本プラスチック工業健康保険組合 2024.12 改

記入するときの注意事項、添付書類について

- 記入するときは、鉛筆は使用しないでください。
- 記入もれのないように注意してください。
- 別途、必要書類等の提出をもとめる場合があります。
- 訂正したところは、それぞれに訂正印を押してください。
- 申請書は暦月ごとに1枚ずつ作成してください。

- ①欄 健康保険情報が確認できるもの（資格情報のお知らせ・資格確認書・マイナポータルなど）で記号番号を確認し記入してください。
- ②欄 被保険者の氏名を記入してください。
（被保険者が死亡した場合は、相続人から申請できます。その場合、相続人氏名欄をご記入ください。）
- ③欄 必ず郵便番号から記入してください。
- ④欄 被保険者の勤務先の事業所名を記入してください。任意継続中の申請の場合は空欄のままで結構です。
- ⑤欄 診療を受けた者の氏名、生年月日を記入してください。
- ⑥欄 診療を受けた者の被保険者との続柄を記入してください。（妻、長男、祖母等）
- ⑦欄 傷病名はわかる範囲で記入してください。
- ⑧欄 診療を受けた医療機関ごとに記入してください。
- ⑨欄 療養を受けた期間は、同一月内の期間を記入してください。
- ⑩欄 保険診療分として支払った金額を記入してください。
- ⑪欄 他の制度により医療費の自己負担相当額又はその一部の支給を受けられるかどうかについて、該当する方に○をつけ、受けられる場合は次に掲げる制度のうち該当するものの記号（「その他」の場合は具体的制度名）を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用を徴収されたか否かについて該当する方に○をつけてください。
- ア. 原子爆弾被爆者の医療等に関する法律による支給 イ. 育成医療 ウ. 予防接種法による支給
エ. 更正医療 オ. 養育医療 カ. 医療品副作用被害救済基金法による支給 キ. 特定疾患治療研究事業
ク. 小児慢性特定疾患治療研究事業 ケ. 血液代金の支給 コ. 児童福祉法による入所措置等に係る医療の給付
サ. 精神保健福祉法による入所措置等に係る医療の給付 シ. 進行性筋萎縮症者療養等給付事業 ス. その他
- ⑫欄 入院に係る費用分の場合は「入院」、通院分や調剤分の場合は「その他」のいずれかに○をしてください。
- ⑬欄 今回申請の対象となった診療月以前1年間に当組合より3か月以上高額療養費の支給を受けている場合は、その直近の3か月分の診療月、被保険者証の記号番号を記入してください。
- ⑭⑮欄 被保険者名義の口座に振込を希望される場合は、⑮委任状欄は空欄のままで結構です。
代理人名義の口座に振込を希望される場合は、委任状欄に代理人の住所・氏名を記入し、被保険者が署名・押印してください。（この欄の押印については省略することはできません。）
- ⑯欄 療養のあった月の属する年度（4月～7月診療分については前年度）分の市区町村民税が課税されないもの場合は、⑯欄に市区町村長の証明を受けるか、市町村民税の非課税に関する証明書を添付してください。
- ◎ 領収書のコピーを添付してください。
- ◎ 高額療養費は医療機関から請求のあった書類に基づいて支払いますので、支払いの時期は療養を受けた月から2～3か月程度後になります。
- ◎ 後期高齢者医療制度による医療を受けられる人は、健康保険でこの給付は行いません。
- ◎ 高額療養費の支給要件等については、「**高額療養費の支給要件、留意事項について**」をご覧ください。
- ◎ 被保険者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、申請書の余白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身分証などの添付書類が必要です。）