健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費・一部負担還元金 合算高額療養付加金 支給申請書

◎被保険者等記号・番号は①マイナポータル、②資格情報のお知らせ、③資格確認書（健康保険証）のいずれかで確認し記入してください。

被保険者が記入するところ				
	①被保険者等記号・番号	②被保険者（請求者）の氏名	③生年月日	
			5：昭 7：平 9：令	
④被保険者（申請者）の住所	〒 －		電話 （ ）	
⑤事業所の 名称				
⑤事業所の 所在地	〒 －		電話 （ ）	
⑥診療月	7：平 9：令	⑦単独・合算の別	0. 単独 1. 合算	⑧入院・通院の別 0. 入院 1. その他
⑨多数該当の有無	0. 無 1. 有			
⑩療養を受けた方の氏名生年月日及び被保険者との続柄	氏名 生年月日 年 月 日（続柄 ）	氏名 生年月日 年 月 日（続柄 ）	氏名 生年月日 年 月 日（続柄 ）	
⑪傷病名				
⑫療養を受けた病院等の名称及び所在地 名称				
⑫療養を受けた病院等の名称及び所在地 所在地				
⑬⑫の病院等で療養を受けた期間	年 月 日から （ 日間） 同 月 日まで	年 月 日から （ 日間） 同 月 日まで	年 月 日から （ 日間） 同 月 日まで	
⑭⑬の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額（自己負担額）	円 （ ）	円 （ ）	円 （ ）	
⑮他の制度により自己負担額相当額、又はその一部の支給を受けられるかどうか	受けられる（制度名 ） 受けられない	費用徴収の有無 0. 無 1. 有	受けられる（制度名 ） 受けられない	費用徴収の有無 0. 無 1. 有
	受けられる（制度名 ） 受けられない	費用徴収の有無 0. 無 1. 有	受けられる（制度名 ） 受けられない	費用徴収の有無 0. 無 1. 有
⑯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、その直近の診療月、被保険者等記号・番号及び支給を受けた健康保険組合名	診療月	1. 年 月診療分	2. 年 月診療分	3. 年 月診療分
	被保険者等記号番号	第 号	第 号	第 号
	健康保険組合支部名			
⑰市区町村長が証明する欄	上記②の者には 年度の市（区）町村民税が課されないことを証明する。 令和 年 月 日 市区町村長名 ㊞			

◎ 「1. 個人振込」または「2. 事業所払い」のどちらかを記入してください。

1. 個人振込

口座確認のため、通帳等の銀行名・支店名・預金種別・口座番号・口座名義の記載のある部分のコピーを必ず添付してください。

支払金融機関欄					
金融機関コード		支店番号		口座番号	
金融機関名	銀行				支店
預金種別	普通・当座	口座名義人（カタカナ）			

2. 事業所払い（個人振込の場合は記入しないでください）

令和 年 月 日提出

組合受付印

委任状	
	私は下記の者を代理人と定め高額療養費・一部負担還元金 合算高額療養付加金の受領方を委任します。 令和 年 月 日
	被保険者氏名（申請者）
	給付金受領責任者

東京都土木建築健康保険組合

（注意事項）

1.　申請書は、診療月ごとに作成してください。

2.　⑩～⑮の欄は、高額療養費に該当する方だけについて記入してください。

3.　⑭の欄は、医療機関で支払った自己負担額のうち、保険診療にかかるものだけを記入してください。

　なお、保険診療分の自己負担額が明確でないときは、支払った額を記入し、「保険診療分不明」と付記してください。

4.　⑮の欄は、公費等他の制度から自己負担額の全部あるいは一部の支給を受けられるかどうかについて記入してください。

　なお、制度名は医療券等に記載されている名称を記入してください。

5.　市区町村民税世帯や生活保護世帯の方は、次の書類を添付してください。

○「市区町村民税が非課税世帯」となっている方

　市区町村長が発行する「非課税証明書」を添付するか、⑰の欄の「市区町村長が証明する欄」に、証明を受けてください。

　なお、同一年度（6月から翌年の5月までの間）に、すでに証明を受けた方については、同一年度内の受診にかかる申請書には、改めて証明を受ける必要はありません。

○「生活保護法による保護世帯」となっている方

　受診された月の属する年度が、生活保護法による保護世帯となっている場合等は、事業主、民生委員又は福祉事務所長が原本証明した、「保護開始決定通知書」「保護変更決定通知書」又は「保護廃止決定通知書」の写しを添付してください。