

- 被保険者(本人)
- 被扶養者(家族)

高額療養費(特定疾病)支給申請書

受付印

ジェイテクト健康保険組合 理事長 殿

被 保 者 記 入 欄	保険証の 記号・番号	—		被保険者氏名												
	事業所	名称			所属	(工場・支社)		(部署名)								
	療養を受けた者の 氏名				続柄			生年月日	昭・平 令・	年	月	日	年齢			
	傷病名				療養を受けた期間	(自) 平・令		年	月	日						
						(至) 平・令		年	月	日	日間					
	療養を受けた 医療機関	名称					自己負担額									
			所在地							円						
	調剤を受けた 調剤薬局	名称					自己負担額									
									円							
	上記のとおり請求します。 ただし給付金の受領を下記事業主に委任します。 令和 年 月 日 住所 〒 —					資格喪失(予定)者記入欄		◆ 資格喪失後の請求の場合は被保険者(請求者)に送金するため、 被保険者(請求者)名義の振込銀行口座を必ずご記入ください。 ※ 被保険者死亡のため、相続人が請求者となる場合、 被保険者との続柄が確認できる書類(戸籍謄本、住民票等)が必要。 (死亡時に相続人が健保の被扶養者であった場合は不要)								
被保険者氏名(請求者氏名) 電話番号 ()					(金融機関コード)		(店番コード)									
					(フリガナ)		(フリガナ)									
					<input type="checkbox"/> 銀行		<input type="checkbox"/> 本店		<input type="checkbox"/> 信用金庫		<input type="checkbox"/> 支店		<input type="checkbox"/> ()		<input type="checkbox"/> 出張所	
					普通		口座番号(7桁)				フリガナ					
					名義											
※請求者名義の口座に限る																

事 業 主 証 明 欄	この請求内容が正しいことを証明します。委任を受けた給付金の受領は、貴健保組合との間で定められている方法で受け取ります。											
	令和 年 月 日											
	事業所所在地											
	事業所名称											
事業主氏名												
Ⓜ												

【添付書類】

- ・ 医療機関と調剤薬局の領収書(原本)

申請対象となる場合

- ※ 「特定疾病療養受領証」にて外来(通院)受診し、医療費と調剤費の合算が自己負担限度額(1万円または2万円)を超えて支払った場合。
- ※ 他の公費制度により医療費の自己負担相当額の支給が受けられない場合。

〈注意事項〉

1. 本申請は1ヶ月単位、個人別の医療機関ごとに作成してください。(外来診療のみ対象)
2. 医療機関とその医療機関が発行した処方せんにより調剤を受けた薬局での保険適用の自己負担額合計が自己負担限度額(1万円または2万円)を超えた場合、申請の対象となります。
3. 支給決定には、診療月から2ヵ月後に健保組合へ届く「診療報酬明細書」と「領収書」を確認してからとなるため診療月後3ヵ月以上かかります。