

記入

- 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

※支給決定まで、診療月後3ヵ月以上かかります。

受付印

太枠内をもれなく記入してください。訂正は印が必要です。

ジェイテクト

保険証の 記号・番号	9999 - 123456	被保険者氏名	健保 太郎					
事業所 名称	〇〇〇〇〇会社	所属 (工場・支社)	〇〇部 〇〇課 〇〇係 〇組					
療養を受けた者の 氏名	健保 太郎	続柄	本人	生年月日	昭・平 令	40年12月1日生	年齢	53
傷病名	慢性腎不全	療養を受けた期間	(自)平	令元	年5月1日	(至)平	令元	年5月31日 31日間
療養を受けた 医療機関	名称	〇〇クリニック			自己負担額	10,000 円		
	所在地	〇〇県〇〇市〇〇丁目〇〇番地〇						
調剤を受けた 調剤薬局	名称	△△調剤薬局			自己負担額	8,000 円		
被 保 険 者 記 入 欄	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。				◆ 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。			
	令和 元 年 6 月 15 日				※ 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)			
	住所 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇町〇番〇号 〇〇アパート 〇〇号室				(金融機関コード)			
	被保険者氏名(請求者氏名)				(店番コード)			
	健保 太郎				(フリガナ)			
	電話番号 001 (234) 5678				□ 銀行			
	資格喪失(予定)者記入欄				□ 信用金庫			
					□ ()			
	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				

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

もれなく事業主に記入を受けてください。
訂正は、事業主の印が必要です。

事業主所在地
事業主名称
事業主氏名

事業主証明欄

【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>

- 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)
- 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。