本人 高額療養費 / 家族 一部負担還元金 / 家族療養付加金 / 訪問看護療養付加金 支給申請書

【※30,500円以上で申請できます】

① 被保険者証記号・番号		―	② 令和　年　月診療分	
③ 事業所	名　称			
	所在地	〒　― TEL.　(　)		
フリガナ				㊞
④ 被保険者氏名（預金名義人）				
フリガナ			⑥ 本人・家族 / ⑦ 生年月日	昭和 平成 令和　年　月　日
⑤ 診療を受けた方				
⑧ 医療機関 ※必ず記入してください。	名　称			
	所在地	TEL.　(　)		
処方箋の交付を受けた場合は薬局の	名　称			
	所在地	TEL.　(　)		
⑨ 区　分	入院・外来 歯科・調剤・訪問看護	⑩ 日　数	日	⑪ あなたが支払った額 ※　円
⑫ 他の制度により自己負担額相当または、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 有・無	⑫が受けられる場合は	負担者番号 / 受給者番号
⑬ 傷病名		⑭ ⑬の傷病がケガである時の原因（届出が必要な場合もあります。）		
⑮ 被保険者住所	〒　― TEL.　(　)			
⑯ 振込先金融機関 **普通預金指定**（被保険者名義）	銀行・金庫 コード　支店 コード			
	普通預金	口座番号（右詰で記入してください。）		

記入上の注意等をご覧のうえ記載してください

⑯の金融機関は必ず記入してください。

⑰ 市区町村長が証明する欄 ※低所得者（非課税者）で高額療養費該当者のみ記入する。	上記被保険者（申請者）には、令和　年度の市区町村税が課されないことを証明する。 市区町村長名　㊞

受付日付印

税務会計監査事務所健康保険組合

<<記入上の注意>>

1. 暦月ごと、受診者ごとに申請してください。

2. 診療を受けた医療機関に、医科（入院・外来）、歯科（入院・外来）があるときには、それぞれ別々に申請してください。〔処方箋に基づく調剤分は外来に合わせることができます〕

3. **各々、あなたが支払った額が30,500円以上の時申請できます。**
（30,000円を控除した金額が支払われます）

4. 当組合にレセプトが到着していないと支給決定できないため、ホームページ内にある『MY HEALTH WEB』から該当医療費の確認ができてから申請してください。

5. ④ 欄の預金名義人は、預金名義人である被保険者氏名を記載してください。

6. ⑩欄の診療を受けた日数は、診療を受けた日数のうち、同一月内の日数についてのみ記載してください。（入院日数、通院回数）

7. **⑫欄の他の制度（国または地方自治体による医療費助成）により自己負担額相当または、その一部の支給を受けている方は、支払領収書を添付して申請してください。**
地方自治体により小・中・高校生を対象とした医療費助成制度が取扱われておりますので、高校生以下の方の申請には支払領収書の添付が必要な場合があります。
（あなたが支払った額に記載されていても、付加給付の対象とならないこともあります。）

   費用徴収の有無とは、医療費の自己負担の有無です。

8. 限度額適用認定証（限度額適用・標準負担額減額認定証）の交付を受けている方は支払領収書の添付が必要な場合があります。

9. **金融機関コード、支店コードは正確に記入してください。**

10. 記載欄に記載もれ又は記載の誤りがありますと、支給決定ができなくなり、返戻する場合もありますので、正しく記載してください。
（但し、⑰ 欄を除く）

11. **給付の時効は2年間です。（時効起算日・・・診療月の翌月の１日）**

12. 被保険者本人が自ら署名する場合には、被保険者本人の押印は不要です。
また、被保険者本人以外の方の押印は省略することができません。

※ 診療報酬明細書は、通常2ヶ月遅れで組合に到着し、コンピュータ処理に約1ヶ月を要します。したがいまして申請書記載事項を確認するには、診療月から約3ヶ月を必要としますので、申請書はその後に提出するようにご協力ください。

ご注意	**交通事故などの第三者の行為によるケガなどの場合は、ただちに組合へ届出をしてください。** **仕事上のケガや仕事に起因する（通勤途上も含む）病気は、健康保険では治療できません。**