

記入例

年	月	分	単独合算 の別	単独 合算	標準報酬 月額	イ:53万~79万 ウ:28万~50万 オ:住民税非課税
組合使用欄につき記入不要						

①

↑上記組合使用欄につき記入不要!これより下からご記入ください

被保険者・被扶養者・世帯合算 **健康保険高額療養費支給申請書 平成30年1月診療分**

①被保険者証 記号 1000 番号 1234	②被保険者氏名と印 (被保険者死亡の時は 申請者氏名と印)		健保 太郎	(健保)
③事業所名称 情報サービス(株)	④被保険(申請者)住所・電話番号 〒460-0003 名古屋市中区錦2-2-13		TEL(052)000-000	
⑤療養を受けた方の氏名 年月日続柄 氏名 健保 花子 生年月日 S H 60・4・1 続柄 妻	⑥療養を受けた病院・診療所 名称 〇〇〇病院 所在地 名古屋市〇〇区〇〇町	⑦傷病名 骨折	⑧⑥の病院等で療養を受けた期間及び入院通院の区別 入院 30年 1月 1日から 10日間 通院 30年 1月 20日まで	⑨⑧の期間に受けた療養に際し 病院等で支払った額(健康保険適用分自己負担額) 200,000 円
⑩他の制度により自己負担相当額の支拂を受けられるか (費用徴収の有無: 無・有) 受けられない	⑪今回の申請診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けたか 受けない	⑫委任状 請求額の受領を下記の者に委任します(印は②欄と同一印にて) 平成30年 8月 1日 被保険者 健保 太郎	⑬委任状 委任された者の 事業所所在地 名古屋市〇〇区〇〇-▲▲-□□ 事業所名称 情報サービス(株) 事業主氏名 愛知 二郎	(代表者印)

同一印で捺印してください

被保険者が申請時に退職している、または死亡の場合のみ記入。(申請者名義の口座のみ振込可能) 在職中の方は所属事業所宛て振込となります。				
銀行名	本・支店名	口座種別	口座番号	⑤ 口座名義(カタカナ)
銀行 金庫 信組	店・本店 支店 出張所	1. 普通 2. 当座		

備考欄
被保険者証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、備考欄へ記載してください。被保険者証の記号番号を記載した場合は不要です。
(マイナンバーを記載した場合は、「個人番号確認書類(通知カード又は個人番号記載住民票の写し等)」及び「身元確認書類(運転免許証又はパスポートの写し等)」が必要で、事業主経由で提出する場合は、「委任状などの代理権が確認できる書類(申請書の提出を事業主に委任する内容を記載した文書)」及び「代理人の身元確認書類(事業主の運転免許証・パスポートの写し等)」が必要となります。)

愛知県情報サービス産業健康保険組合

- ① 高額療養費を請求する診療年月を記入。申請書は診療月毎に必要。
- ② ・⑤~⑩は、70歳未満の被保険者・被扶養者に関して同一月に医療機関別、入院・通院別に記入。
21,000円を超える自己負担額が複数発生する場合は件数分を記入。
・外傷の場合は、別紙の「負傷原因届書」を添付。
・第三者行為による場合は別紙の「第三者の行為による傷病届」の提出が必要。
・医療機関で支払った自己負担金額の内、保険診療分についてのみ記入。
- ③ 診療を受けた月の属する年度(4月~7月診療分は前年度分)分の市区町村民税が課税されない世帯の方のみ、証明書を添付するか市町村の証明を受ける。
- ④ 被保険者が在職中の場合、事業所振込となるため、被保険者および事業所の記入および捺印が必要。
- ⑤ 被保険者が退職している場合、被保険者が死亡している場合のみ記入