

# 記入例

組合使用欄につき記入不要

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

①

## 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29年 1月診療分)

|                                     |   |   |                       |                                     |                       |    |
|-------------------------------------|---|---|-----------------------|-------------------------------------|-----------------------|----|
| ①被保険者証<br>記号                        | 1000  | 番号  | 1234                  | ②被保険者氏名と印<br>(被保険者死亡の時は<br>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㈱   |   |                       |                                     |                       |    |
| ④療養を受けた方の氏名<br>生年月日続柄               | 氏名<br>健保 花子<br>生年月日<br>S H 60.4.1 続柄<br>妻                         | 氏名<br>健保 花子<br>生年月日<br>S H 60.4.1 続柄<br>妻 | 氏名                    | 氏名                                  | 氏名                    |    |
| ⑤療養を受けた病院・診療所<br>名称所在地              | 名称<br>〇〇〇病院<br>所在地<br>名古屋市〇〇区〇〇町                                  | 名称<br>△△△病院<br>所在地<br>名古屋市△△区△△町          | 名称                    | 名称                                  | 名称                    |    |
| ⑥傷病名                                | 骨折  |   |                       |                                     |                       |    |
| ⑦⑤の病院等で療養を受けた期間及び入院通院の区別            | 29年 1月 1日から 10日間<br>29年 1月 10日まで                                  | 入院<br>29年 1月 11日から 3日間<br>29年 1月 20日まで    | 入院                    | 入院                                  | 入院                    | 入院 |
| ⑧⑦の期間に受けた療養に支払った自己負担額(健康保険適用分自己負担額) | 200,000 円   |   | 25,000 円              |                                     |                       |    |
| ⑨他の制度により自己負担相当額の支給を受けられるか           | 受けられない (費用徴収の有無: 無・有)   |   | 受けられない (費用徴収の有無: 無・有) |                                     | 受けられない (費用徴収の有無: 無・有) |    |
| ⑩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  |   | 受けない                  |                                     | 受けない                  |    |
| ⑪【非課税者のみ】市区町村長が証明する欄                | 市区町村長名  |   |                       |                                     |                       |    |
| ⑫委任状                                | 平成29年 2月 1日<br>被保険者 健保 太郎   |   |                       |                                     |                       |    |
| 市区町村長名                              | 市区町村長印  |   |                       |                                     |                       |    |
| 市区町村長印                              | 委任された者の<br>事業所所在地 名古屋市中区〇〇〇-▲▲-□□<br>事業所名称 情報サービス㈱<br>事業主氏名 愛知 二郎 |   |                       |                                     |                       |    |

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 | 口座名義 (カタカナ) |
| 銀行<br>金庫<br>信組  | 店・本店<br>支店<br>出張所 | 1. 普通<br>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)」が必要です。また、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 ・④～⑨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