

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費等支給申請書

太枠線内は、すべて記入してください。

記号・番号	—	事業所名			
受診者氏名		受診者の生年月日	昭和・平成・令和 年 月 日	続柄	
診療を受けた医療機関等	名称 所在地				
傷病名	※外傷性の負傷(骨折・打撲・捻挫等)の場合には、負傷原因届を併せて提出して下さい。				
診療期間	令和 年 月 日から 日数 令和 年 月 日まで 日	入院期間	令和 年 月 日から 日数 令和 年 月 日まで 日		
支払った額のうち 保険診療分の金額 (自己負担額)	円	※領収書(写)を提出			
他の公的制度から、 医療費の助成を 受けている場合	助成を受けた制度の名称 自己負担分の助成の内容	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり			
請求する給付 【該当する番号に○】	1. 高額療養費のみ 2. 付加金のみ 3. 高額療養費及び付加金				
請求する内容 【該当する番号に○ その他の場合は理由を記入】	1. 公費助成が受けられないため 2. 調剤合算、世帯合算がされなかったため 3. その他()				
上記により申請し、給付金の受領を私の所属する保険給付金受領代理人に委任します。					
令和 年 月 日 千 百 十 号 被保険者 住所 氏名 印					
明治グループ健康保険組合理事長 殿					

【記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

記号・番号の代わりに、マイナンバー(個人番号)を記入する場合は、備考欄をご使用下さい。
但し、その場合は、「個人番号の確認」及び「身元(実在)の確認」をできる書類の添付が必要となり、個人番号を記載した書類の
取り扱いとして、所属する会社のルールに従って対応していただくため、事業所の健康保険事務担当者にお尋ね下さい。

備考欄

健保受付印

健康保険事務確認者	健康保険事務担当者