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。

被保険者証の記号・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 令和　年　月　日まで	日数　日	入院期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで	日数　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**		
他の公的年金から、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

被保険者　〒
住　所
氏　名　　㊞

明治グループ健康保険組合理事長 殿

【被保険者証の記号・番号を記入すれば、マイナンバーの記入は不要です。】

被保険者証の記号・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

（給付様式2号）01.05