健保 受付日付印	事業所 受付印

家族　高額療養費付加給付金　支給申請書　1/2

被保険者(申請者)情報

	記号	番号	生年月日	年	月	日
被保険者（右づめ）			□ 昭和 □ 平成 □ 令和	年	月	日
氏名	（フリガナ） （自署）					
住所	（〒　　－　　）					
電話番号（日中の連絡先）	TEL　（　　）					

申請事由

注）従業員のみ、下記の被保険者欄に記入（任意継続、資格喪失の方は記入不要）

受取代理人の欄

被保険者（申請者）	（自署）	
代理人（口座名義人）	（〒　　－　　）　TEL　（　　） 住所 （ﾌﾘｶﾞﾅ） 氏名	委任者と代理人との関係：事業主

注）任意継続、資格喪失の方のみ、下記振込先指定口座欄に記入

振込先指定口座

金融機関名称	銀行　金庫　信組　農協　漁協　その他（　　）	本店　支店　出張所　本所　支所	
預金種別	□ 1．普通　3．別段 2．当座　4．通知	口座番号	左づめで記入（７桁）
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けて記入、濁点（゛）、半濁点（゜）は1字として記入ください）	口座名義の区分	被保険者

「記入用紙」は2ページに続きます。〉〉〉

・被保険者の記号番号を記入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、本人確認をするための添付書類が必要です

被保険者のマイナンバー記載欄

東洋製罐健康保険組合

2024-12　3-1-20（3-2-5）

健保 受付日付印	事業所 受付印

家族　高額療養費付加給付金　支給申請書　2/2

被保険者氏名	

申請内容				
1 診療月	令和　年　月	左記の診療月について、受診者ごと（医療機関、薬局、入院・通院　別等）にご記入ください。		
2 受診者	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	2 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	
家族の方の 氏名				
家族の方の 生年月日	□ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 平成 □ 令和 年 月 日	□ 平成 □ 令和 年 月 日	
3 療養を受けた医療機関・薬局の 名称				
3 療養を受けた医療機関・薬局の 所在地				
療養の内容などについて	4 傷病名 ケガ（負傷）の場合は負傷原因届を併せてご提出ください。			
療養の内容などについて	療養を受けた期間	（令和）年 月 日 から まで	（令和）年 月 日 から まで	（令和）年 月 日 から まで
療養の内容などについて	入院通院の別	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他	1. 入院 2. 通院・その他
医療機関等で支払った金額などについて	5 支払った額のうち、保険診療分の金額（自己負担額）	円	円	円
医療機関等で支払った金額などについて	自己負担額が不明の場合は支払った総額	円	円	円
医療機関等で支払った金額などについて	6 他の公的年金から、医療費の助成を受けていますか	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ	1. はい 2. いいえ
医療機関等で支払った金額などについて	はいの場合 助成を受けた制度の名称			
医療機関等で支払った金額などについて	はいの場合 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	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

1の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7 診療月	1 令和　年　月	2 令和　年　月	3 令和　年　月

必要な添付書類

添付漏れがないようご注意ください

□ 医療機関・薬局の領収書のコピー（本申請にかかる全ての領収書）

※ 受診月の3ヶ月以降の支給となります。
医療機関からの医療費請求の遅れによっては、さらに遅れる場合がありますのでご了承願います。

東洋製罐健康保険組合