この申請書は、医療機関・診療月ごとに作成してください

院外処方にかかる調剤給付との合算

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費・付加金支給申請書

被保険者の記入欄	記号・番号	―	事業所名	
	被保険者	氏名		生年月日
				年　月　日
		住所		
		〒　―		
				電話　（　）
	受診者	氏名		生年月日
				年　月　日
		被保険者との続柄		診療年月
				年　月
		医療機関等名称・電話番号		自己負担額（月単位）
		①　処方せんを交付した医療機関 電話　（　）		円
		②　上記①の医療機関の処方せんをもとに薬を出した調剤薬局 電話　（　）		円
		③　上記①の医療機関の処方せんをもとに薬を出した調剤薬局 電話　（　）		円
	委任欄	この給付金の受領については、「診療を受けた月」に在籍の事業所に委任します。 被保険者氏名		

※年月日は元号でご記入ください。

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。
（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。）

備考欄	

【申請上の注意】

・医療機関と交付された処方せんにもとづき薬を出した調剤薬局の自己負担額の合計が 21,000 円以上になったときに申請してください。

・給付金は「診療を受けた月」に事業所に在籍している場合は事業所経由で支給し、任意継続被保険者として在籍している場合は登録口座へ振込みます。従って、任継者の場合は委任欄の記入は不要です。

健保使用欄	常務理事	事務長	課長	給付課	発議日　年　月　日 1　支給　支給額　円 支給日　年　月　日 2　不支給　別添不支給通知書

	決定点数	現物高額	自己負担額		
①	点	円	円	高額　円 付加金(本人)　円	月額　千円 所得　ア・イ・ウ・エ・オ 多数・合算 / フラグ・調整金
②	点	円	円	付加金(家族)　円	＜既払金額＞ 高額　円
③	点	円	円	付加金(合算)　円	付加金　円
合計	点	円	円	合計　円	合計　円

R7.4 三井健康保険組合