

健康 保 用 欄	款 項 目			支給決定額	所得	ア・イ・ウ・エ・オ	年 月 日取得				
	法定	3	1					20	診 療 月	令和 年 月	年 月 日喪失
	付加	3	2						回 数	一 般 ・ 多 数	年 月 日伺
		3	2						付加給付	単 独 ・ 世 帯 合 算 ( 名 )	年 月 日支払
診療点数		自己負担額		診療点数×10円							
( ) × 1・2・3 = ( ) 円		( ) 円		252,600円 + ( ) 円 - 842,000円) × 1% 140,100円							
( ) × 1・2・3 = ( ) 円		( ) 円		167,400円 + ( ) 円 - 558,000円) × 1% 93,000円							
( ) × 1・2・3 = ( ) 円		( ) 円		80,100円 + ( ) 円 - 267,000円) × 1% 44,400円							
( ) 円		( ) 円		57,600円 20,000円 18,000円							
( ) 円		( ) 円		35,400円 10,000円 15,000円							
( ) 円		( ) 円		24,600円 14,000円 8,000円							
( ) 円 - 40,000円 × ( ) 人 = ( ) 円		( ) 人 = ( ) 円									
( ) 円 - 40,000円 × ( ) 人 = ( ) 円		( ) 人 = ( ) 円									

### 健康保険高額療養費・一部負担還元金等支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	(記号) 8	(番号) 321	②事業所名	××××株式会社			
	③被保険者 (相続人) の氏名	大田 一郎			④被保険者の生年月日			
	⑤被保険者 (相続人) の住所	東京都...			昭和・平成 43 年 2 月 1 日			
	⑥診療月	令和 3 年 4 月			電話 ( )			
	⑦療養を受けた方の氏名、 生年月日および 被保険者との続柄	氏名 大田 花子	氏名	氏名	S・H・R 年 月 日 (続柄 )			
	⑧傷病名	〇〇〇〇〇			S・H・R 年 月 日 (続柄 )			
	⑨療養を受けた 医療機関等の 名称・住所	名称	×××××××			S・H・R 年 月 日 (続柄 )		
	⑩上記の医療機関等で、⑥の診療 月に受けた期間、療養実日数	R 3 年	お住まいの市区町村より、医療費助 成を受給されているかの確認です。			R 年 月 日から 日間		
	⑪上記の期間に受けた療養に 対して医療機関等で支払った額 (自己負担額)	R 3 年				R 年 月 日まで		
	⑫他の公的制度により自己負担 相当額、またはその一部の支給 を受けられるかどうか	受けられる (制度名)	自己負担の有無	受けられる (制度名)	円			
⑬入院・通院の別	1 : 入院	0 : 無	1 : 入院	無				

**記入洩れが多発しております！！**  
銀行名・支店名・口座番号・預金名義  
全て洩れなく記入して下さい。  
\*ゆうちょ銀行をご希望の方は必ず支店名(漢  
数字3桁)も記入してください。

\*記号・番号をご記入された方はマイナンバーの記入は不要です。また、マイナンバーで申請希望される方は必ずご記入ください

⑭支払希望の銀行	銀行コード (4ケタ)	1234	〇〇	支店コード (3ケタ)	567	〇〇	支店	普通・当座
口座番号	9	8	7	6	5	4	3	預金名義
	オオタ ハナコ							(〇をつけてください)

公金受取口座の利用を希望する場合はチェックを入れてください ※公金受取口座へのお支払いにはお時間をいただく場合があります

※被保険者以外の口座をご希望の場合は『受取代  
もそれぞれ記入が必要です

受取代理人の欄

本請求に基づく給付金に関する権限を代理人に委任します。

令和 3 年 8 月 1 日

被保険者 大田 一郎

代理人

被保険者名義以外の口座をご希望の場合

⑮下記は非課税の方のみ市区町村より証明を受けてください。  
(但し、先に非課税証明書を当組合にご提出いただいている方は証明を受ける必要はありません)

当該被保険者は平成・令和 年度の市区町村民税が課されないことを証明する

令和 年 月 日

市区町村長名

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を市区町村長から受けてください。

**公金受取口座の利用には、健康  
保険組合にマイナンバーの提出が  
済んでいることと、マイナポータル  
での公金受取口座の登録が必須  
です**

受付日付印