

記入例

(70歳未満・被保険者)

高額療養費に該当する場合(一般)

記入するところ

申請は月単位(1日から
末日で診療を受けた分)
です。

給付決定書	A	円	(上位所得者)	-[150,000+(-500,000) × 1%]	-[83,400]
付加金	B	円	(一般)	-[80,100+(-267,000) × 1%]	-[44,400]
			内訳B			
			(上位所得者)	-A-[(-500,000) × 1%]-95,000 ×	件一端数額 (1,000円未満)
			(一般)	-A-[(-267,000) × 1%]-45,000 ×	件一端数額 (1,000円未満)

健康保険 高額療養費・家族高額療養費・合算高額療養費 支給申請書
家族療養費付加金・合算高額療養費付加金

① 診療月	平成 24 年 4 月 診療分	② 被保険者証 記号・番号	123 - 4567	③ 被保険者 (請求者) 氏名と印	(フリガナ) ヤナギバシ タロウ 柳橋 太郎 (柳橋)
④ 被保険者 (請求者) 住所	〒000-0000 東京都台東区〇〇1-1-1 △△△マンション101号		⑤ 事業所 の 所在地	柳橋プラスチック 株式会社 東京都台東区柳橋〇-〇-〇	
⑥ 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 柳橋 太郎 [続柄 本人] 生年 50 年 1 月 1 日 (37 歳) 月 日 H		⑦ 傷病名	脳梗塞	
⑧ 療養を受けた 病院等の名称 および所在地	名称	台東××××病院	所在地	東京都台東区〇〇1-2-3	
⑨ 病院等で療養を 受けた期間	24年 4 月 5 日から (26 日間) 30 日まで		⑩ 「健康保険限度額 適用認定証」を提示 されましたか (〇印を付けてください)	提示した <input type="checkbox"/> 提示していない <input checked="" type="checkbox"/>	
⑪ ⑨の期間に受けた 療養に対し病院等 で支払った額 (自己負担額)	120,000 円		⑫ 市区町村からの 医療費の助成制度を 受けていますか (〇印を付けてください)	1 受けている (助成額の支払明細書を添付) 2 当組合より受給後、受ける 3 受けていない	
⑬ 入院・外来等の別 (〇印を付けてください)	入院・外来・調剤・その他		⑭ 診療科は何科で 受けましたか	脳神経外科	

限度額適用認定申請書の手続きをされず、3割分の金額が自己負担限度額を越えた場合、高額療養費の申請が必要です。
※事前に限度額適用認定申請書の手続きをし、発行された認定証を病院の窓口に提示した場合、高額療養費の申請は必要ありません。
ただし、診療月を含む過去12ヶ月間で3回以上の高額療養費の支給を受けた(受けられる)場合は、4回目から期間合算に該当するので、高額療養費の申請は必要です。

⑪欄は、保険診療分の金額を記入してください。
※食事療養費や自費分(保険適用外)は高額療養費の対象外です。

私は下記の事業主を代理人と定め本請求に基づく給付金の受領方を委任します。

住所	〒000-0000	平成 24 年 5 月 2 日
被保険者 (請求者) 氏名	東京都台東区〇〇1-1-1 △△△マンション101号 柳橋 太郎	(柳橋)
代理人 (事業主) 氏名	東京都台東区柳橋〇-〇-〇 柳橋プラスチック 株式会社 取締役社長 〇〇〇〇	事業主印

平成 年 月 日 提出
東日本プラスチック健康保険組合
受付年月日

事業所在職者の方は委任状によるお支払(会社の口座に振り込み)になりますので、事業所経由でご提出ください。

※ 下欄は、会社を退職した方のみご記入ください。

支払金融機関	銀行
口座種別	普通・当座 (番号:)
口座名義	:

※ この申請書を記入するまえに、裏面の記入上の注意事項をよく読んでください。

記入例

(70歳未満・被扶養者)

家族療養費付加金に該当する場合(一般)

記入するところ

申請は月単位(1日から末日で診療を受けた分)です。

給付決定決議書	A	円	((上位所得者) -[150,000+((一般) -[83,400+(-500,000)×1%] -80,100+(-267,000)×1%] -44,400]
付加金	円	内訳B	((上位所得者) -A-[(-500,000)×1%]-95,000×件一端数額 (1,000円未満) (一般) -A-[(-267,000)×1%]-45,000×件一端数額 (1,000円未満)

健康保険 高額療養費・家族高額療養費・合算高額療養費 支給申請書

家族療養費付加金、合算高額療養費付加金

① 診療月	平成 24 年 4 月 診療分	② 被保険者証 記号・番号	123 - 4567	③ 被保険者 (請求者) 氏名と印	(フリガナ) ヤナギバシ タロウ 柳橋 太郎 (柳橋)
④ 被保険者 (請求者) 住所	〒000-0000 東京都台東区001-1-1 △△△マンション101号		⑤ 事業所 の 所在地	柳橋プラスチック 株式会社 東京都台東区柳橋0-0-0	
⑥ 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 柳橋 敏子 [続柄 妻] 生年 月 日 50 年 4 月 1 日 (37 歳)		⑦ 傷 病 名	リウマチ	
⑧ 療養を受けた 病院等の名称 および所在地	名称 台東××××病院 所在地 東京都台東区001-2-3	⑨ 病院等で療養を 受けた期間	24年 4 月 5 日 から (26日間) 30 日まで		
⑩ 「健康保険限度額 適用認定証」を提示 しましたか (○印を付けてください)	<input checked="" type="radio"/> 提示した	⑪ ⑨の期間に受けた 療養に対し病院等 で支払った額 (自己負担額)	81,430 円		
⑫ 市区町村からの 医療費の助成制度を 受けていますか (○印を付けてください)	<input checked="" type="radio"/> 1 受けている (助成額の支払明細書を添付) <input type="radio"/> 2 当組合より受給後、受ける <input checked="" type="radio"/> 3 受けていない	⑬ 入院・外来等の別 (○印を付けてください)	<input checked="" type="radio"/> 入院 <input type="radio"/> 外来 <input type="radio"/> 調剤 <input type="radio"/> その他		
⑭ 診療科は何科で 受けましたか	整形外科				

限度額適用認定証を病院の窓口で提示した場合、窓口での支払いが自己負担の上限で済みます。(このことを現物給付といえます。)

この場合、被扶養者のみ家族療養費付加金が受けられます。

※限度額適用認定証を提示しないことにより、自己負担限度額を越えた場合は、高額療養費が受けられます。

⑪欄は、保険診療分の金額を記入してください。

※食事療養費や自費分(保険適用外)は高額療養費の対象外です。

私は下記の事業主を代理人と定め本請求に基づく給付金の受領方を委任します。

住所	〒000-0000	平成 24 年 5 月 2 日
被保険者 (請求者) 氏名	東京都台東区001-1-1 △△△マンション101号 柳橋 太郎	(柳橋)
代理人 (事業主) 氏名	所在地 東京都台東区柳橋0-0-0 事業所 柳橋プラスチック 株式会社 取締役社長 〇〇〇〇	事業主印

平成 年 月 日 提出

東日本プラスチック健康保険組合

受付 年 月 日

事業所在職者の方は委任状によるお支払(会社の口座に振り込み)になりますので、事業所経由でご提出ください。

※ 下欄は、会社を退職した方のみご記入ください。

支払金融機関	銀行
口座種別：普通・当座(番号)	
口座名義	

※ この申請書を記入するまえに、裏面の記入上の注意事項をよく読んでください。

記入例
(70歳未満)

世帯合算に該当する場合(一般)

和決定議	A	円	内訳A() () × = (上位所得者) -[150,000+() (一般) -[83,400] -500,000) × 1%] -[80,100+() -500,000) × 1%] -[10] -267,000) × 1%]
記入するところ	付加金		
	院来剤	日	入院外来調剤

申請は月単位(1日から末日で診療を受けた分)です。

⑪欄は、保険診療分の金額を記入してください。

※食事療養費や自費分(保険適用外)は高額療養費の対象外です。

健康保険 高額療養費・家族高額療養費 **合算高額療養費** 支給申請書
家族療養費付加金・合算高額療養費付加金

① 診療月	平成 24 年 4 月 診療分	② 被保険者証記号・番号	123 - 4567	③ 被保険者(請求者)氏名と印	(フリガナ) ヤナギバシ タロウ 柳橋 太郎 柳橋
④ 被保険者(請求者)住所	〒000-0000 東京都台東区〇〇1-1-1 △△△マンション101号		⑤ 事業所の所在地	柳橋プラスチック 株式会社 東京都台東区柳橋〇-〇-〇	
⑥ 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 柳橋 太郎 [続柄本人] 生年 月 日 H 50 年 1 月 1 日 (37 歳)	氏名 柳橋 敏子 [続柄妻] 生年 月 日 H 50 年 4 月 1 日 (37 歳)	氏名 柳橋 敏子 [続柄妻] 生年 月 日 H 50 年 4 月 1 日 (37 歳)		
⑦ 傷病名	脳梗塞	リウマチ	リウマチ		
⑧ 療養を受けた病院等の名称および所在地	名称 台東××××病院 所在地 東京都台東区〇〇1-2-3	名称 台東××××病院 所在地 東京都台東区〇〇1-2-3	名称 △△△薬局 所在地 東京都台東区〇〇1-2-10		
⑨ 病院等で療養を受けた期間	24年 4 月 1 日 から (20 日間) 20 日まで	24年 4 月 22 日 から (2 日間) 30 日まで	24年 4 月 22 日 から (1 日間) 日 まで		
⑩ 「健康保険限度額適用認定証」を提示されましたか(〇印を付けてください)	提示した・提示していない	提示した・提示していない	提示した・提示していない		
⑪ ⑨の期間に受けた療養に対し病院等で支払った額(自己負担額)	81,430 円	15,000 円	6,300 円		
⑫ 市区町村からの医療費の助成制度を受けていますか(〇印を付けてください)	1 受けている(助成額の支払明細書を添付) 2 当組合より受給後、受ける ③ 受けていない	1 受けている(助成額の支払明細書を添付) 2 当組合より受給後、受ける ③ 受けていない	1 受けている(助成額の支払明細書を添付) 2 当組合より受給後、受ける ③ 受けていない		
⑬ 入院・外来等の別(〇印を付けてください)	入院・外来・調剤・その他	入院・外来・調剤・その他	入院・外来・調剤・その他		
⑭ 診療科は何科で受けましたか	脳神経外 科	整形外 科	整形外 科		

私は下記の事業主を代理人と定め本請求に基づく給付金の受領方を委任します。

住所 〒000-0000 平成 24 年 5 月 2 日
被保険者(請求者) 氏名 柳橋 太郎 (柳橋)
所在地 東京都台東区柳橋〇-〇-〇
代理人(事業主) 事業所 柳橋プラスチック 株式会社 **事業主印**
氏名 取締役社長 〇〇〇〇

外来と調剤(院外薬局)を合わせた金額が21,000円以上の場合、外来・調剤ごとに記入をお願いします。

※外来と調剤の合計が21,000円未満の場合、世帯合算は対象外です。

事業所在職者の方は委任状によるお支払(会社の口座に振り込み)になりますので、事業所経由でご提出ください。

※ 下欄は、会社を退職した方のみご記入ください。

支払金融機関	銀行
	口座種別：普通・当座(番号：)
	口座名義：

※ この申請書を記入するまえに、裏面の記入上の注意事項をよく読んでください。