

東京瓦斯健康保険組合理事長 殿

記入例

被保険者から、直接、健保組合へ申請してください。
事業所の経由は不要です。

＜注意＞診療月の翌月末までに申請をお願いします。
申請の期限は2年間ですが、翌月末までに申請がないと高額療養費の多数回該当の計算に入りません。

被保険者

住 所 〒150-0000

東京都港区海岸1-1-1

TEL 03-5400-1111

氏 名 東京 太郎

東京

(内線: -)

被保険者
家 族
(いずれかに○)

高額療養費・付加給付金支給申請書

(院外処方に係る療養費)

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者証の記号・番号	12 34567	所属事業所名	ライフバル東京		
	氏 名 (続 柄)	東京 花子 (妻)	生 年 月 日	大 50 年 1 月 1 日生 平		
	診 療 年 月	平成 20 年 4 月				
	主な傷 病 名	脳梗塞				
	療養を受けた医療機関の名称	東京港区病院	診療科名	脳神経外科		
	院外薬局	海岸薬局				
	診療に要した自己負担額	この場合の給付額は、 26,780円 - 25,000円 = 1,780円 ⇒ 1,000円給付(1,000円未満切捨て)				
	(1) 14,280円	薬 剤	(2) 12,500円			
	(1) + (2) = 26,780円	提出する領収証枚数	5 枚			

* 「療養を受けた医療機関の名称」は、処方箋を交付した医療機関および診療科を記入。

* 「院外薬局の名称」は、処方箋を受け取り薬剤の支給を受けた薬局名を記入。

* 月単位で申請

医科および薬剤に関わる両方の領収証を提出。

★	医療費控除等で領収証を提出するので、領収証の返還を希望します。	☒	はい	☐	いいえ
---	---------------------------------	-------------------------------------	----	--------------------------	-----

* 領収証について、返還を希望される場合は「はい」にチェックを入れてください。返還を希望されない場合は「いいえ」にチェックをお願いします。

決 議 (健康 保 険 組 合 記 入 欄)	診療年月	平成 年 月	標準報酬月額	千円
	病 院 名	病 院 名		
	請求点数		点	点
	自己負担額		円	円
	レセプト番号			
	入院・外来	入院・外来		
	支 給 決 定 額	高額療養費	円	備考
	付加給付金	円		

東京瓦斯健康保険組合					
常務理事		事務長		担当者	