

※申請書は『全2ページ』です。A4で印刷し必要な書類を添付の上、ホチキスでとめて申請してください。

被保険者(申請者の情報)	記号	番号	事業所名称				
	[受診時] 被保険者証の (右づめ)						
	氏名			生年月日	年	月	日
				<input type="checkbox"/> 昭和			
				<input type="checkbox"/> 平成			
連絡先 住所	(〒	—	)	都(道)	府(県)		
電話番号 (日中の連絡先)	TEL	(	)				

振込先指定口座	<input type="checkbox"/> マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は <input checked="" type="checkbox"/> 利用しない場合は下記の欄を記入。) <small>(注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>						
	金融機関 名称	労働金庫			<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 本店営業部 <input type="checkbox"/> 支店		
	店番号		口座番号		右づめで ご記入く ださい。	預金種別	1. 普通
	口座名義	▼カタカナ				口座名義 の区分	<input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人

「2」の場合は、必ず以下の欄を記入してください。

受取代理人の欄	被保険者 (申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。		年	月	日	
		氏名	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ				
	代理人 (口座名義人)	住所	(〒	—	)	TEL	(
		(カタカナ)					申請者と 代理人との 関係
		氏名	-----				

「申請者記入用」は2ページへ続きます。>>>

- ・被保険者証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

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(R4.12)

受付日付印

社会保険労務士の  
提出代行者名記載欄

被保険者氏名

申請内容

療養の内容などについて

医療機関等で支払った金額などについて

1 診療月	令和_____年_____月診療分			〔左記単月について、受診者ごと、医療機関(医科・歯科)ごとに入院・外来別)ごと、薬局別でご記入ください。〕		
2 受診者	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)	<input type="checkbox"/> 1. 被保険者 <input type="checkbox"/> 2. 家族(被扶養者)
氏名 (続柄: _____) 家族の場合は その方の 生年月日 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 年 月 日	(続柄: _____) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 年 月 日	(続柄: _____) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 年 月 日	(続柄: _____) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 年 月 日	(続柄: _____) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 年 月 日	(続柄: _____) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 年 月 日	(続柄: _____) <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> 年 月 日
3 療養を受けた 医療機関・薬局の名称						
4 傷病名 <small>ケガ(負傷)の場合は負傷原因届を併せてご提出ください〔初回のみ〕。</small>						
療養を受けた期間	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで	_____年 _____月 _____日 から _____年 _____月 _____日 まで
入院通院の別	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来 <input type="checkbox"/> 3. 調剤 <input type="checkbox"/> 4. その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来 <input type="checkbox"/> 3. 調剤 <input type="checkbox"/> 4. その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来 <input type="checkbox"/> 3. 調剤 <input type="checkbox"/> 4. その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来 <input type="checkbox"/> 3. 調剤 <input type="checkbox"/> 4. その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来 <input type="checkbox"/> 3. 調剤 <input type="checkbox"/> 4. その他	<input type="checkbox"/> 1. 入院 <input type="checkbox"/> 2. 外来 <input type="checkbox"/> 3. 調剤 <input type="checkbox"/> 4. その他
5 支払った額のうち、保険診療分の金額(自己負担額)	_____円			_____円		
6 国や市町村から、医療費の助成を受けられますか	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ
はいの場合 助成を受けた 制度の名称 (これから受けられる場合を含む) 自己負担分の 助成の内容	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり	<input type="checkbox"/> 1. 全額助成 <input type="checkbox"/> 2. 一部自己負担あり

〔記入上の注意〕

- ※記入にあたっては、付加給付金または高額療養費の支給が見込まれる診療分のみで構いません。
- ※自己負担額には、入院時の食事代や差額ベッド代の自費分等は対象になりません。
- ※本ページの明細が足りないときは、本ページを複数枚使用するなどしてご対応ください。

- 被保険者本人が市区町村民税非課税者の場合は、以下の欄に市区町村長から証明を受けるか、「(非)課税証明書」(写し可)を添付してください。  
(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が必要です)

市区町村長が証明する欄	当該被保険者は令和 _____ 年度の 市区町村民税が課されないことを証明する。	市区町村長名	(印)
-------------	---	--------	-----

次のページに必要書類等について案内があります。>>>

### 1. 申請のめやす

医療機関等ごとで支払った、一月あたりの自己負担額が26,000円以上となり、付加給付金(高額療養費)の支給が見込まれるとき。

※特定疾病療養受療証を使用する場合は、この限りではありません。

#### 【計算の基本】

(1)健康保険適用分にかかる自己負担額(原則3割、実際に支払いを行った金額)のみが対象。

※入院時食事療養費の自己負担分や自費分は対象外。

(2)個人単位、一月ごと、医療機関ごと(医科・歯科ごとに「入院」「外来+調剤」別)で計算。

### 2. 添付書類について

注)写しと指定していない書類は原本が必要となります。

	書類名称	詳細
①	領収書の写し	医療機関・調剤薬局等で発行された領収書の写し。 手元にない等の場合は、申請書の余白に「領収書無し」と記入。
②	負傷原因届	[初回申請時のみ] 傷病名がケガなどの外傷性の場合、添付が必要。
③	非課税証明書等の写し	[対象の方のみ] 被保険者の市区町村民税が非課税の方は添付が必要(自己負担限度額が低減されます)。 申請書2ページ「市区町村長が証明する欄」に証明を受けた場合は不要。
④	還付通知書等の写し	[対象の方のみ] 医療機関等で支払った金額に対し、後日自治体等から医療費助成として一部または全部の還付を受けている場合。
⑤	戸籍謄本等の写し	[対象の方のみ] 被保険者が亡くなられて被扶養者以外の相続人が申請する場合。

#### 【出産育児一時金の直接支払制度を利用された方】

出産時に健保組合から支給される出産育児一時金(最高42万円)は、分娩医療機関等からの請求に基づき労金健保が直接、分娩医療機関等へ振り込んでいますが、この請求には「保険対象にならない分娩費用等」のほか、「保険診療分の自己負担額」も合わせて請求ができることになっています。

この場合に、「保険診療分の自己負担額」が一月ごと26,000円以上となるときは、付加給付金の対象になりますので、その金額が確認できる「請求内訳書または領収書の写し」を添付のうえ申請してください。

### 3. 給付金の支給時期

振込処理は月2回(原則5日と20日)、事前に支給決定通知書を送付します。

医療機関等から一月ごとに提出される請求書は、診療月の2カ月後に審査機関を通じて労金健保へ到着し、請求内容を確認したうえで支給処理を行いますので、最短でも診療月から3カ月後の振り込みとなります。

※医療機関等の提出が遅れた場合や、審査機関で審査を受けている場合などは、その分、労金健保への到着月が遅れ、支給処理が遅くなる場合があります。

[提出先・お問い合わせ先]

〒101-0052

東京都千代田区神田小川町3-20 第2龍名館ビル4階

全国労働金庫健康保険組合 業務部

TEL 03(5217)3162