申請理由：被保険者死亡の場合の記入例

決定年月日

健康保険　高額療養費付加給付金　支給申請書

1　2

被保険者（申請者）記入用

記入日　令和　6　年　12　月　1　日

被保険者情報

被保険者等の（右づめ）	記号　10　番号　1234567	生年月日　■ 昭和 □ 平成　52年09月10日
氏名	（フリガナ）ケンポ　タロウ　ケンポ　ハナコ 健保　太郎　（健保　花子：相続人名）	電話番号（日中の連絡先） ☎　012（3456）789
住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇　△△　△△市△△町△△番△△号△△	

□　給付金の受領を事業主へ委任します。

申請事由

□ 1.資格喪失後の申請　（資格喪失日：　年　月　日）※退職後引続き特例退職・任意継続に加入した場合は請求不要
☑ 2.被保険者死亡による資格喪失後の申請　（死亡日：　6年　12月　1日）
□ 3.国や自治体の医療助成を受けているため　（公費の種類　）
□ 4.その他（　）

◆申請事由1.2.の場合は、下記口座をご記入ください

資格喪失（予定）者口座

金融機関コード	（金融機関コード）0009	（店番コード）〇〇〇
金融機関名称	三井住友　☑銀行 □金庫 □信組 □その他（　）	〇〇　□本店 ☑支店 □出張所
預金種別	普通	口座番号　1234567　※右づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。） ケンポ　ハナコ	◆申請事由 1.の場合は被保険者本人の口座 2.被保険者死亡の場合は申請者である相続人の口座をご記入ください
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。 利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします） □ 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。	

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和　6　年　12　月　15　日

・この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

〒〇〇〇－〇〇〇〇
事業所所在地　大阪府門真市〇〇番地
事業所名称　△△株式会社
事業主（代理人）氏名　□□　□□
事業所コード（　20000　）

本件問合せ連絡先
（本件問合せに必要ですので必ず記入してください）
部署・担当者名　□□事業部　人事課　△△　△△
電話連絡先　012-345-6789

事業所記入欄
被保険者は記入しないでください

健保受付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

健保記入欄

診療年月　令和　年　月

SEQ	支給決定額	給付種別
	円	04）高　05）合算高　13）一部負担　14）合算高付加　20）家族高　28）家族高付加
	円	04）高　05）合算高　13）一部負担　14）合算高付加　20）家族高　28）家族高付加

健康保険　高額療養費付加給付金　支給申請書

1　2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	健保　太郎

※ご請求は1か月につき1枚作成ください
（複数月分請求の場合、複数枚必要です）

申請内容

1　診療月	令和 6 年 1 月	左記の診療月について、受診者ごと（医療機関、薬局、入院・通院　別等）にご記入ください。	
2　受診者	2　1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	□ 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	□ 1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
氏名	健保　次郎		
生年月日	☐昭和 ☑平成 ☐令和 3 1 0 1 0 5 年 月 日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日	☐昭和 ☐平成 ☐令和 年 月 日
3　療養を受けた医療機関・薬局の 名称	大阪病院		
所在地	大阪府大阪市北区本町1－1		
療養の内容などについて 4　傷病発生の原因 労災・通災・第三者行為によるものですか	2　1. はい 2. いいえ	□ 1. はい 2. いいえ	□ 1. はい 2. いいえ
療養を受けた期間	5 日から 3 1 日まで	日から 日まで	日から 日まで
入院通院の別	1　1. 入院 2. 通院・その他	□ 1. 入院 2. 通院・その他	□ 1. 入院 2. 通院・その他
医療機関等で支払った金額について 5　支払った額のうち、保険診療分の金額（自己負担額）	125,600 円	円	円
自己負担額が不明の場合は支払った総額		円	円
6　自治体等の医療費助成を受けていますか	2　1. はい 2. いいえ	□ 1. はい 2. いいえ	
自己負担分の助成の内容	□ 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	□ 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	□ 1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

自費（個室・病衣・文書代等）・食事代等
健康保険適用外の支払いを除く金額

窓口での負担額が減額（免除）される
医療証等をお持ちの方

その他の例）
更生医療、ひとり親家庭、指定難病
小児慢性特定疾患

必要な添付資料　事業所の人事担当窓口にご送付ください。

☑ **本申請にかかる全ての領収書のコピーを添付してください。**
※領収書は返却できませんのでご注意ください。　必ず添付ください

☑ 被保険者死亡による申請の場合は、被保険者との続柄が確認できる書類（住民票、戸籍謄本等）を、添付してください。　※被保険者死亡時に、相続人である申請者がパナソニック健保の被扶養者であった場合は省略可。

【**給付金の振込については、受診月の3カ月以降となります。**医療機関等からの申請によってはさらに遅れる場合がありますので、ご了承願います。】

申請理由：国や自治体の医療助成を受けている場合の記入例

年 月 日

健康保険 高額療養費付加給付金 支給申請書

1 2

被保険者（申請者）記入用

記入日 令和 6 年 12 月 1 日

被保険者情報

被保険者等の（右づめ）	記号 10 番号 1234567	生年月日 ■昭和 □平成 52年09月10日
氏名	（フリガナ）ケンポ タロウ 健保 太郎	電話番号（日中の連絡先） ☎ 012（3456）789
住所	〒〇〇〇－〇〇〇〇 △△ △△市△△町△△番△△号△△	
☑ 給付金の受領を事業主へ委任します。		

申請事由

- □ 1.資格喪失後の申請（資格喪失日： 年 月 日）※退職後引続き特例退職・任意継続に加入した場合は請求不要
- □ 2.被保険者死亡による資格喪失後の申請（死亡日： 年 月 日）
- ☑ 3.国や自治体の医療助成を受けているため（公費の種類 乳幼児医療 ）
- □ 4.その他（ ）

◆申請事由1.2.の場合は、下記口座をご記入ください

資格喪失（予定）者口座

金融機関コード	（金融機関コード）	（店番コード）
金融機関名称	□銀行 □金庫 □信組 □その他（ ）	□本店 □支店 □出張所
預金種別	普通	口座番号 ※右づめでご記入ください。
口座名義	▼カタカナ（姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点（゛）、半濁点（゜）は1字としてご記入ください。）	◆申請事由 1.の場合は被保険者本人の口座 2.被保険者死亡の場合は申請者である相続人の口座をご記入ください
公金受取口座	※口座の確認ができない場合、別途申請書の提出に伴い、給付の遅延が発生します。 利用の場合は下記に☑。（上記の欄に記入がある場合は、上記口座に振込いたします） □ 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。	

事業主証明欄

上記のとおり相違ないことを証明する。

令和 6 年 12 月 15 日

- この届出については、①又は②の要件を満たしたものである。
  - ①申請者本人（被保険者）が作成したものである。
  - ②記載内容について誤りがないか申請者本人が確認している。

〒〇〇〇－〇〇〇〇
事業所所在地 大阪府門真市〇〇番地
事業所名称 △△株式会社
事業主（代理人）氏名 □□ □□
事業所コード（ 20000 ）

本件問合せ連絡先
（本件問合せに必要ですので必ず記入してください）
部署・担当者名 □□事業部 人事課 △△ △△
電話連絡先 012-345-6789

事業所記入欄
被保険者は記入しないでください

健保受付印

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

健保記入欄

診療年月 令和 年 月		
SEQ	支給決定額	給付種別
	円	04）高 05）合算高 13）一部負担 14）合算高付加 20）家族高 28）家族高付加
	円	04）高 05）合算高 13）一部負担 14）合算高付加 20）家族高 28）家族高付加

健康保険　高額療養費付加給付金　支給申請書

1　2

被保険者（申請者）記入用

被保険者氏名	健保　太郎

※ご請求は1か月につき1枚作成ください
（複数月分請求の場合、複数枚必要です）

申請内容

1 診療月	令和 6 年 1 月	左記の診療月について、受診者ごと（医療機関、薬局、入院・通院　別等）にご記入ください。	
2 受診者	2　1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	2　1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）	□　1. 被保険者 2. 家族（被扶養者）
氏名	健保　松子	健保　花子	
生年月日	□昭和 ☑平成 □令和 3 1 0 1 0 5 年 月 日	□昭和 ☑平成 □令和 0 1 0 2 1 1 年 月 日	□昭和 □平成 □令和 年 月 日
3 療養を受けた医療機関・薬局の 名称	大阪病院	大阪総合病院	
所在地	大阪府大阪市北区本町1－1	大阪府大阪市南区末町1－1	

療養の内容などについて

4 傷病発生の原因 労災・通災・第三者行為によるものですか	2　1. はい 2. いいえ	2　1. はい 2. いいえ	□　1. はい 2. いいえ
療養を受けた期間	5 日から 3 1 日まで	1 日から 3 1 日まで	日から 日まで
入院通院の別	1　1. 入院 2. 通院・その他	1　1. 入院 2. 通院・その他	□　1. 入院 2. 通院・その他

医療機関等で支払った金ついて

5 支払った額のうち、保険診療分の金額（自己負担額） 自己負担額が不明の場合は支払った総額	125,600 円 円	75,500 円 円	円 円
6 自治体等の医療費助成を受けていますか	1　1. はい 2. いいえ	1　1. はい 2. いいえ	□　1. はい 2. いいえ
	乳幼児医療	障がい医療	
自己負担分の助成の内容	1　1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	1　1. 全額助成 2. 一部自己負担あり	□　1. 全額助成 2. 一部自己負担あり

自費（個室・病衣・文書代等）・食事代等健康保険適用外の支払いを除く金額

窓口での負担額が減額（免除）される医療証等をお持ちの方

その他の例）
更生医療、ひとり親家庭、指定難病
小児慢性特定疾患

必要な添付資料　事業所の人事担当窓口にご送付ください。

☑ **本申請にかかる全ての領収書のコピーを添付してください。**
※領収書は返却できませんのでご注意ください。　必ず添付ください

□ 被保険者死亡による申請の場合は、被保険者との続柄が確認できる書類（住民票、戸籍謄本等）を、添付してください。 ※被保険者死亡時に、相続人である申請者がパナソニック健保の被扶養者であった場合は省略可。

【**給付金の振込については、受診月の3カ月以降となります。**医療機関等からの申請によってはさらに遅れる場合がありますので、ご了承願います。】