常務理事	検　印	担　当

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

退職者（申請者）記入用

記入日 ○○年○○月○○日

被保険者（申請者）情報

	記号	番号	生年月日 年 月 日
被保険者等記号・番号（右づめ）	9 2	0 1 2 3 4 5 6	☑昭和 ☐平成 ☐令和　2 8年 1 1月 2 7日

氏　名	（フリガナ）ケンポ　タロウ 健保　太郎
住　所	（〒 ○○○ － ○○○○ ） ○○ 県　○○市○○町○番○号
電話番号（日中の連絡先）	TEL ○○ （ ○○○ ）○○○○

申請事由

2

1.被保険者死亡による資格喪失後の場合　（死亡日：平・令　年　月　日）
2.国や自治体の医療助成を受けているため　（公費の種類　福祉医療　）
3.退職後の請求※（退職日：平・令　年　月　日）
※退職後引続き特例退職被保険者・任意継続被保険者制度に加入した場合は請求不要
4.その他（　）

◆振込先指定口座欄について

申請事由 1.被保険者死亡の場合は、相続人の口座を記入
申請事由 2. 3.は、被保険者本人の口座に限る
※任継・特退被保険者本人が請求される場合は記入不要

申請者（受取代理人）情報

金融機関コード	（金融機関コード）　（店番コード）
金融機関	☐銀行 ☐金庫　☐本店 ☐支店
公金受取口座	上記口座でなく、マイナポータル等で事前登録した公金受け取り口座を利用希望の場合は右記に☑⇒☐ （※申請者がパナソニック健康保険組合でマイナンバー登録されている場合に限ります。）

① 退職後国保加入や他健保の被扶養者となっている方や、被保険者が死亡され、相続人が請求される場合に記載

② 任継・特退被保険者の方は、資格喪失を理由とした請求の場合は記載不要（死亡の場合は除く）

「申請者記入用」は2ページに続きます。〉〉〉

受付日付印

健保記入欄

健保記入欄

健康保険　高額療養費付加給付金　支給申請書

1　2

退職者（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

療養の内容などについて

1　診療月		☐平成 ☑令和 4 年 11 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　松子		
	生年月日	☑昭和 ☐平成 ☐令和 3年10月1日5	☐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	大阪市北区本町1－1		
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		☐平成 ☑令和 0年41月01日から 30日まで	☐平成 ☐令和 年 月 日から 日まで	☐平成 ☐令和 年 月 日から 日まで
入院通院の別		2　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などについて

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		
自己負担額が不明の場合は支払った総額		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. はい 2. いいえ	☐　1. はい 2. いいえ
はいの場合	助成を受けた制度の名称	福祉医療		
	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. 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の診療月以前1年間に、高額療養費に該当する月が3か月以上ある場合、直近3か月分の診療月をご記入ください。

7　診療月	1 ☐平成 ☑令和 4 年 10 月	☐平成 ☐令和 年 月	☐平成 ☐令和 年 月

必要な添付資料

☐ **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。】