

★ この申請書には、領収書の写を添付してください。

★ 太線枠内は、記入しないでください。

届書コード	※支給決定・支出決議書				常務理事	部長	課長	主任	担当者		
605	決定日	年 月 日	支給日	年 月 日							
資格関係 照合	取得	強制	年 月 日	喪失	強制	年 月 日					
	任継	年 月 日	任継	年 月 日							
診療年月	年 月	診療日数	日	支給決定額	百万	拾万	万	千	百	拾	円
備 考				支給額の計算式							
・高額療養費確認 (ア・イ・ウ・エ・多数・合算)				一部負担金・自己負担限度額							
・付加金のみ				(円 - 25,000円) × 0.3 = 円							
療養時の標準報酬月額 [千円]				被扶養者の場合の認定日 [. .]							

◎該当する番号に○印をして下さい。

1. 一部負担還元金請求書

被保険者分

健康保険 2. 家族療養付加金請求書

被扶養者分

(年 月診療分) 3. 合算高額療養費付加金請求書

その他

被保険者証の記号・番号	被保険者の生年月日		事業所の名称			
	昭・平 年 月 日					
受診者氏名・生年月日 (被保険者との続柄)	昭・平・令 年 月 日 ()		昭・平・令 年 月 日 ()		昭・平・令 年 月 日 ()	
傷病名						
負傷原因は第三者行為によるものですか	いいえ・はい		いいえ・はい		いいえ・はい	
受診医療機関等 の名称・所在地	名称 所在地					
上記の医療機関等で受診した期間と入院・通院の別	年 月 日から 日間 同 月 日まで (入院・通院)		年 月 日から 日間 同 月 日まで (入院・通院)		年 月 日から 日間 同 月 日まで (入院・通院)	
上記の期間の受診に対して医療機関等に支払った額 (自費・食事負担分は除く)	円		円		円	
支払基金等からの請求点数 または金額	総医療点数	一部負担金	総医療点数	一部負担金	総医療点数	一部負担金
	点	円	点	円	点	円
他の制度により自己負担額相当額またはその一部の支給を受けられますか	受けれる・受けれない 制度名 ()		受けれる・受けれない 制度名 ()		受けれる・受けれない 制度名 ()	
備考欄	被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄へ記載してください。 (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。)					

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

被保険者の住所 (申請者) _____

被保険者の氏名 (申請者) _____ ㊟

大阪ニット健康保険組合理事長 殿 電話 ()

領収委任状	被保険者が在職中のとき	被保険者が退職しているとき
	この給付金の領収方を私が勤務する事業所事業主に委任します。 令和 年 月 日	1. 振込 4. 当地 金融機関コード
	被保険者の氏名 ㊟	金融機関名 銀行 支店
		預金種別 普通 口座番号
		口座名義人(カナ)

※ この請求は、同一医療機関で同一月内に健康保険扱いの一部負担金(ただし、入院時食事療養費の標準負担額と訪問看護療養費の一部負担金は対象外)として40,000円以上支払った場合に対象となります。なお、この一部負担金について、国や市区町村等の公費で助成が受けられる場合は対象外です。

※ 同一医療機関とは、「入院」分、「通院」分、「調剤薬局」分ごとにそれぞれ別医療機関としての取り扱いとなります。なお、「通院」分と「調剤薬局」分の一部負担金を合算して、40,000円以上の場合も対象となります。(ただし、処方せんを発行された医療機関と処方を受けた調剤薬局に限ります。)

※ 同一月内とは、当該月の初日から末日までをいいます。

※ 合算高額療養費付加金の請求は、「合算高額療養費」を受ける場合に対象となります。

※ 給付金は、被保険者が在職中のときは、原則事業所への振込みとなりますので、必ず領収委任状欄に記入捺印してください。(請求者欄と同じ印)