

至 事業所健保窓口経由 三井住友トラストグループ健康保険組合

常務理事	事務長	担当者	支給決定伺		高額療養費
			支給金額		円
				円	付加金
			支給決定日	年 月 日	被扶養者資格確認
前回 支給状況	支給決定日	高額療養費	付加金	世帯合算 無 有	多数該当 無 有 回目
					差額支給額

一部負担還元金 申請書 【調剤合算用】  
 家族療養費付加金

下欄の「申請前チェック」で申請対象となるか確認のうえ、太枠内記入のうえ申請ください。

被 保 険 者 記 入 欄	被保険者等	記号 番号	被保険者氏名			
	診療年月	年 月 受診分 (1ヵ月単位で申請ください。)				
		(A) 診療を受けた医療機関		(B) 当該処方箋に基づく薬の購入先(調剤薬局)		
	名称					
	住所					
	被扶養者に関する申請のとき	氏名	生年 月日	昭 平 令	年 月 日	被保険者 との続柄
	上記のとおり申請します。 なお、給付金の受領を、所属する事業主へ委任します。(*1) 資格喪失後は下記の口座(*2)に振り込み依頼します。 三井住友トラストグループ健康保険組合 御中 〒 年 月 日 住 所 被保険者の 氏 名 電 話					
	(*2)資格喪失者のみ記入(なお、任意継続被保険者は、登録済みの給付金振込口座へ振り込まれます。)					
	振込希望口座 (被保険者名義)	銀行	支店	普通預金 No	口座(フリカナ) 名義	

(\*1)給付金は事業主より給与支給日等に被保険者に支払われます。

【一部負担還元金・家族療養費付加金(付加金)の計算】

付加金等は、暦月毎、病院・診療所毎(診療科)毎、入院・通院毎に計算します。  
 病院から交付された処方箋により、薬局で調剤を受けたときは、薬局で支払った額は、  
 処方箋を交付した病院分を含めて計算します。(調剤合算)

受付日	支払日

申請前チェック  欄を記入してください。

診療月	(A) 医療機関	処方箋交付→	(B) 調剤薬局	①あなたが支払った合計額
年 月	円	+	円	= 円

\* (A) (B)の自己負担額は病院、薬局が発行した領収書で確認。  
 \* 保険適用外の自己負担額は除く。

診療の3ヶ月後	医療機関等(A) (B)の受診についての健康保険組合からの支給額	②健康保険組合給付支給額
	*「医療費と給付金支給額のお知らせ」の支給金額欄で確認。 診療月の給付支給額がない場合は0円としてください。	円

申請対象確認

- ①のあなたが支払った合計額が25,999円以下の場合、申請対象ではありません。
- ①のあなたが支払った合計額が26,000円以上の場合
  - ①のあなたが支払った合計額－②の健康保険組合給付支給額 < 26,000円 ⇒ 支給済み(申請不要)
  - ①のあなたが支払った合計額－②の健康保険組合給付支給額 ≥ 26,000円 ⇒ 申請対象