

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
家族療養費付加金

申請書 【調剤合算用】

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	〇〇〇〇 〇〇〇〇〇〇	被保険者氏名	健保 太郎		
	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	〇〇病院		〇〇薬局			
	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 〒〇〇〇-〇〇〇〇 △△年△△月△△日 住所 □□□□□□□□□□□□□□□□ 被保険者の氏名 健保 太郎 電話 〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇						
	*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 〇〇〇〇〇〇	口座(フリガナ) ケンボ タロウ 名義 健保 太郎

(*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。

受付日	支払日

【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)

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
〇〇年 〇〇月	30,000 円	+	10,000 円	=	40,000 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 *「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。	②健康保険組合給付支給額
		5,000 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