

還付金支給申請書(医療費助成制度受給者用)

電話		電話	
事業主(所) 健保責任者	事業主(所) 健保担当者	所属上長	庶務係

(注意事項)

事業主(所)記載欄 適用事業所記号		

常務理事	事務長	グループ長	主務者	担当者

1. 在職中の方は、事業主経由で支払いますので委任状を「ご記入ください。資格喪失者退職者は、健保から直接銀行振込しますので、退職日・振込先被保険者名義を「ご記入ください」。
2. 診療年月が特選・任継加入期間中の場合は、保険料の引き落とし口座へ振込しますので、振込先欄は記入不要です。
3. 本申請は患者別、医療機関別、入院・外来別、医科・歯科・薬局別で、ひと月毎にまとめて作成してください。
4. 医療助成を受けている市区町村等の名称・連絡先および公費での助成内容(対象者・助成期間・助成範囲等)が確認できる文書(医療証等の写し)を添付してください。

申請者記載欄	会社名	被保険者証						被保険者氏名					
		記号	番号										
	所属							生年月日	S・H	年	月	日	
	受診者氏名	続柄				生年月日		S・H・R	年	月	日		
	診療年月	H・R 年 月分 入院・外来				医療機関名							
	診療に要した費用の額	円						<ul style="list-style-type: none"> ●領収書原本を添付してください。 ●領収書は返却しません。市区町村等、自治体の公費医療助成の精算手続きを予定される方は、健保に提出する前に、必ず自治体への申請手続きでの領収書の取り扱いについて、自治体の担当者にご確認ください。 					
	申請理由	(自治体名を記入) の医療助成の対象にて、還付金(高額療養費・付加給付金)の支給に該当する一部負担金等の支払いをしたため。											
	給付金受取方法 (注意事項1・2参照)	A.会社経由での支給 【委任状】 *在職中の方は会社経由 この申請に基づく給付金の受領を事業主に委任します。 令和 年 月 日 被保険者氏名 _____											
		B.個人への直接支給 *退職(予定)者のみ可 【退職日】 H・R 年 月 日		退職者用 【振込先】		ゆうちょ銀行不可		銀行		支店		普通・当座	
		口座番号				フリガナ				名義人			
上記のとおり申請します。 令和 年 月 日													
〒 住所 被保険者氏名 電話 東芝健康保険組合 御中													

組合記載欄	支給決定額		支払先コード	支給年月日
	高額療養費	円		令和
	入院時食事療養費	円	備考	
	一部負担還元金	円		
	家族療養費付加金	円		
合計	円			

※ 本申請は医療費助成を受けている方が、県外医療機関で受診した等の理由により一旦医療機関へ支払を行い、健保から還付金の支給を受けた後、自治体へ申請するためのものです。健康保険適用分の医療費が25,100円以上の支払いが発生した際に提出してください。

※ 本届に記載した個人情報並びに証明書類については、ホームページ等に掲載の利用目的以外には使用いたしません。