

高額療養費・附加給付請求書

組合員番号(=社員番号8桁)								組合員氏名				組合員生年月日			
(フリガナ)								(和暦)				年 月 日			
所属局 部(課)名								日中の連絡先 ※組合員ご本人と連絡の取れる番号を記入してください							
職場								自宅・携帯							

請求内容記入欄

療養を受けた者の氏名	(フリガナ)						生年月日	(和暦) 年 月 日			
							組合員との続柄	性別	男・女		
診療年月	(和暦) 年 月 診療分 ※ 1か月単位で作成してください。										
病院名または薬局名①							診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日数	日間	
病院名または薬局名②							診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日数	日間	
病院名または薬局名③							診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日数	日間	
自治体名及び自治体から受けている助成制度にチェックしてください											
自治体名	都道府県				市区町村						
地方自治体助成制度名	<input type="checkbox"/> 子ども医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 障がい者医療費助成制度				<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成制度 <input type="checkbox"/> その他()						

請求書送付前に以下の内容を再度確認してください

「領収書(写し)」の枚数を再度ご確認のうえ、枚数をご記入ください。 _____ 枚

※高額療養費・附加給付の審査の際に、共済組合にて自己負担額を確認する必要があるため、必ず送付してください。

上記のとおり請求します。

日本郵政共済組合 様 請求者 〒
(和暦) 年 月 日 (組合員) 住所
氏名

- ※₁ 附加給付とは、一部負担金払戻金・家族療養費附加金・家族訪問看護療養費附加金の総称です
- ※₂ 給付金は共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座へ送金いたします
- ※₃ 決定通知書等は共済組合に登録されている組合員ご本人の自宅住所へ郵送いたします

共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	登録	1	2	決定額

高額療養費・附加給付請求書

組合員番号(=社員番号8桁)								組合員氏名				組合員生年月日					
0	1	2	3	4	5	6	7	(フリガナ)	キョウサイ イチロウ				(和暦)	昭和 ○ 年 4 月 1 日			
								共済 一郎									
所属局 部(課)名								日中の連絡先 ※組合員ご本人と連絡の取れる番号を記入してください									
〇〇郵便局 〇〇部								職場				自宅・携帯					
								03-〇〇〇〇-〇〇〇〇				090-〇〇〇〇-〇〇〇〇					

請求内容記入欄

療養を受けた者の氏名	(フリガナ)	キョウサイ ジロウ				生年月日	(和暦)	平成 ○ 年 1 月 1 日			
		共済 次郎				組合員との続柄	子	性別	男・女		
診療年月	(和暦)	令和 ○ 年 8 月 診療分				※ 1か月単位で作成してください。					
病院名または薬局名①	ゆうせい病院				診療区分	<input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日数	10 日間			
病院名または薬局名②	ゆうせい薬局 新都心店				診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input checked="" type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日数	2 日間			
病院名または薬局名③					診療区分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問看護	日数	日間			
自治体名及び自治体から受けている助成制度にチェックしてください											
自治体名	都道府県 埼玉県				市区町村 さいたま市						
地方自治体助成制度名	<input checked="" type="checkbox"/> 子ども医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 障がい者医療費助成制度				<input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成制度 <input type="checkbox"/> その他()						

請求書送付前に以下の内容を再度確認してください

「領収書(写し)」の枚数を再度ご確認のうえ、枚数をご記入ください。

2 枚

※高額療養費・附加給付の審査の際に、共済組合にて自己負担額を確認する必要があるため、必ず送付してください。

上記のとおり請求します。

日本郵政共済組合 様

(和暦)
令和 ○ 年 9 月 20 日

請求者 〒 330-0000

(組合員) 住所 埼玉県さいたま市中央区新都心〇-〇-〇

氏名 共済 一郎

※₁ 附加給付とは、一部負担金払戻金・家族療養費附加金・家族訪問看護療養費附加金の総称です

※₂ 給付金は共済組合に登録されている組合員ご本人のゆうちょ銀行口座へ送金いたします

※₃ 決定通知書等は共済組合に登録されている組合員ご本人の自宅住所へ郵送いたします

共済組合 処理欄	受付	審査	1	2	1	2	決定額