

支給	支給決定額		百万	拾万	万	千	百	十	円	常務理事	事務長	係	係
	高額療養費								円				
	付加給付金								円				
決議書	◆自己負担額 診療点数 _____ 点 × 2・3 = _____ 円... A									レセプト シーケンスNO.	—		
	◆高額療養費 <input type="checkbox"/> 該当 <input type="checkbox"/> 不該当 A - $\left(\begin{array}{l} 72,300 \\ 40,200 \\ 139,800 \\ 77,700 \\ 35,400 \\ 24,600 \end{array} \right) + \left\{ \begin{array}{l} \left(\frac{\text{円} - 241,000}{\text{円} - 466,000} \times 0.01 \right) \\ \left(\frac{\text{円} - 466,000}{\text{円} - 466,000} \times 0.01 \right) \end{array} \right\} = \text{円} \dots B$									標準報酬月額	560千円以上は上位所得 _____,000円		
										受診者区分	被保険者	被扶養者	
										所得区分	一般	上位	非課税
										高額療養費について	合算	多数該当	
										備考			
	◆付加給付金 A - B - 20,000 = _____ 円 (100円未満切捨て)												

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者 被扶養者
保険給付金支給申請書

被 保 険 者 が 記 入 す る と こ ろ	①被保険者証の 記号・番号	記号 番号	②被保険者の氏名・押印 被保険者本人が氏名を記入した場合は押印不要		⑧	
	③被保険者の住所 書類不備の際に使用します	〒 _____				
	④日中連絡の取れる電話番号 お問い合わせの際に使用します 複数可	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	_____	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯	_____	_____
	⑤被保険者の勤務する会社名 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入	_____				
	⑥申請事由	1. 公費に該当しているが、県外（市外）で受診したため 2. " " 市町村等に一部負担金を支払っているため 3. 公費による助成該当者でなくなったため 4. その他 (_____)				
	⑦診療を受けた人の 氏名	_____	生年月日	昭和・平成	_____	年 月 日
	⑧診療年月	平成 _____ 年 _____ 月 診療	診療期間	自 _____ 年 _____ 月 _____ 日	至 _____ 年 _____ 月 _____ 日	計 _____ 日間

事業所在籍中の診療分について請求する場合は記入、押印必須(任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要)

委任状	私は _____ を代理人と定め、上記のとおり請求した高額療養費及び同付加金の受領方を委任します。 <input type="checkbox"/> 被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日
	被保険者 住所 _____	
	氏名 _____ ⑧	

[注意事項] 1. 印鑑は認印可。シャチハタ・日付印は不可です。 2. 診療月単位で申請して下さい。 3. 医療機関もしくは、市区町村に支払った時の領収書の写しを必ず添付して下さい。 (受付印)

[個人情報保護に関して]
 ※個人情報保護ポリシー（基本方針）に則り、取り組みを推進しています。
 ※次に示すいずれかに該当した場合は、あらかじめ本人の同意を得ないで、当該利用目的の範囲を超えて個人情報を取り扱うことがあります。
 1. 法令に基づく場合
 2. 人の生命、身体又は財産の保護のために必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 3. 公衆衛生の向上又は児童の健全な育成の推進のために特に必要がある場合であって、本人の同意を得ることが困難であるとき
 4. 国の機関若しくは地方公共団体又はその委託を受けた者が法令の定める事務を遂行することに対して協力する必要がある場合であって、本人の同意を得ることにより当該事務の遂行に支障を及ぼすおそれがあるとき
 ※個人情報の照会、修正等を希望される場合は、下記担当窓口までご連絡いただければ、合理的な範囲ですみやかに対応させていただきます。
 〒141-0001 東京都品川区北品川6-7-35 ソニー健康保険組合 業務室 TEL: 03-5795-6111 FAX: 03-5795-6107
 受付時間/9:00~17:30 (土曜、日曜、祝祭日、年末年始を除く)

Application [for Resumption] of Insurance Benefits Payments

《記入例》〈Example〉

支 給 決 議 書	支給決定額	円	常務理事	事務長	係	係
	高額療養費	円				
	付加給付金	円				
	◆自己負担額 診療点数 点 × 2・3 =	Need not be filled out		レプト シーケンスNO.	-	
◆高額療養費 □該当 □不該当	A - (72,300 + 40,200 + 139,800 + 77,700 + 35,400 + 24,600) + (241,000 × 0.01 + 466,000 × 0.01) = 円... B		標準報酬月額	560千円以上は上位所得 ,000円		
			受診者区分	被保険者	被扶養者	
				3歳未満	高9割	高8割
			所得区分	一般	上位	非課税
	◆付加給付金 A - B - 20,000 =	円 (100円未満切捨て)				

Approval seal (mechanical seals are not acceptable). If the insured provides his or her signature above, his or her seal need not be affixed.

Health insurance card symbol/number

Daytime telephone number
□Home □Office □Cell phone

These sections to be completed by the insured

Individual undergoing examination or treatment

Date of Treatment (Y/M)

Letter of attorney

ソニー健康保険組合 理事長殿
健康保険 被保険者 健保太郎
被扶養者
保険給付金支給申請書
Name and Seal of the insured

①被保険者証の 記号・番号	記号 999 番号 999999	②被保険者の氏名・押印	健保太郎
③被保険者の住所 ※書類不備の際に使用します	〒999-9999 Address of the insured 〇〇県△△市××99-99 Extension number permitted 9-〇〇〇-〇〇〇〇		
④日中連絡の取れる電話番号 ※お問い合わせの際に使用します※複数可	□自宅□勤務先 □携帯	9999-99-9999	□自宅□勤務先 □携帯
⑤被保険者の勤務する会社名 ●被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入	〇〇××株式会社 Name of company where the insured individual is employed		
⑥申請事由 Reason for application	1. 公費に該当しているが、県外（市外）で受診したため 2. " " 市町村等に一部負担金を支払っているため 3. 公費による助成該当者でなくなったため 4. その他 ()		
⑦診療を受けた人の 氏名	健保 まゆ Name	生年月日	昭和・平成 Showa/Heisei 平成 16年10月28日 Birth Date (Y/M/D)
⑧診療年月	平成 17年 3月 診療	診療期間	自 17年 3月 11日 至 17年 3月 15日 計 5日間 Period of examination or treatment (Y/M/D to Y/M/D) and number of days

●事業所在籍中の診療分について請求する場合は記入、押印必須 任意継続被保険者、特例退職被保険者は記入不要)

私は 〇〇××株式会社 を代理人と定め、上記のとおり請求した高額療養費及び同付加金の受領方を委任します。
被保険者証に記載されている「事業所名称」を記入

被保険者 〇〇県△△市××99-99
住所 〇〇県△△市××99-99
氏名 健保太郎

平成 17年 4月 1日
Date on which letter of attorney was completed (Y/M/D)

I hereby authorize (Business entity) to serve as an agent on my behalf and to receive the above high-cost medical care charges (costs) and benefits for which application was made above.

Approval seal (mechanical seals are not acceptable). Individuals with other than Japanese nationalities may sign in lieu of affixing a seal.

- Although these costs were eligible for public subsidy, medical services were received outside my prefecture (or city).
- Although these costs were eligible for public subsidy, I was required by my local government to pay a deductible.
- I am no longer eligible for public subsidy.
- Other reasons

This form must be filled out and a seal affixed when requesting payment for examination or treatment undergone while employed by the business facility (the form does not need to be completed for individuals insured by voluntary continuing health insurance or by health insurance for retirees).