家族療養付加金支給申請書 ＜子ども(中学卒業まで)＞

被保険者	保険証記号・番号	記号				番号							
	氏　　名												
	住　　所												
	事　業　所　名												

診療を受けた人	診療を受けた年月	令和　　年　　月分	居住地の市町村名	
	氏　　名		生　年　月　日	平成・令和　　年　　月　　日
	◎　子ども医療費助成制度の対象者ですか？ はい　・　いいえ（ 制度がない ・ 所得制限があり対象外 ）			

医療機関の名称	診療区分	診療日数	支払った額
	入院・外来	日間	円
	入院・外来	日間	円
	入院・外来	日間	円

委任状

この申請書の「申請及び給付金の受領」を事業所代理人に委任します。

被保険者氏名 ----------

事業所代理人氏名 ----------

＜申請が必要な方＞
1. 中学卒業まで（中学を卒業する年の3月31日まで）の被扶養者
2. 市町村の医療費助成がなく一ヵ月の窓口負担額が26,000円を超える場合
   または
   市町村の医療費助成はあるが一ヵ月の窓口負担額が26,000円を超える場合
   （市町村の医療費助成を優先します）

＜添付書類＞
1. 医療機関の領収書(コピー可)
2. こども医療費受給者証のコピー（交付されている場合）

窓口負担額について
以下のものを除きます
- 食事負担分
- 差額室料
- 保険適用外の費用

1人につき、医療機関ごと
入院、外来別の計算となります

受付日付印

※ ・被扶養者1人につき一ヵ月ごと1枚に記入してください。
・健康保険組合では個々の診療について、家族療養付加金の支給対象になるかどうか審査のうえ、支給を決定します。

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。
（マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人確認をするための添付書類が必要です。）

備考欄	

支給決議	伺年月日	年　月　日	支給額	円	常務理事	事務長		係
	支払年月日	年　月　日		(高額　円) (付加　円)				