

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	健保 太郎									
	住所	〇〇市〇〇町1-1									
事業所名		〇〇株式会社									
診療を受けた人	診療を受けた年月	令和	〇〇	年	〇〇	月分	居住地の市町村名	〇〇市			
	氏名	健保 太				生年月日	平成・令和〇〇年〇〇月〇〇日				
	◎ 子ども医療費助成制度の対象者ですか？ はい ・ <u>いいえ</u> (<u>制度がない</u> ・ 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				
	〇〇病院			<u>入院</u> ・外来		〇 日間	〇〇,〇〇〇 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 <u>健保 太郎</u>										
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ヶ月の窓口負担額が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ヶ月の窓口負担額が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)

- ※ ・ 被扶養者1人につき一ヶ月ごと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。

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	同年月日	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