

旭化成健康保険組合 殿

〈健保受付〉

伝票番号

旭化成健康保険組合			

## 家族療養費付加金支給申請書(18歳以下)

被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		朱肉使用	連絡先(TEL)
20 ・ 21				印	(職場・自宅)どちらかに○ (        )
所 属					
受診者 氏名	医療機関名				
	調剤薬局名				
診療・調剤年月 <input type="checkbox"/> にレ印を記入	<input type="checkbox"/> 外 来	令和    年    月	金額		
	<input type="checkbox"/> 外来 + 調剤				
	<input type="checkbox"/> 入 院				
	<input type="checkbox"/> 歯 科				
	<input type="checkbox"/> 歯科 + 調剤				
	<input type="checkbox"/> (        )				
※上記区分毎、ひと月毎にまとめて作成してください。					
お住いの自治体名 (市区町村名)					
振 込 先 (退職者のみ)	銀行	支店 (普通・当座)	口座番号(        )		
上記のとおり申請いたします。		令和    年    月    日			

※ 本申請は、「0歳から18歳に達した日以降、最初の3月31日迄の方」かつ「窓口でお支払いになった金額が月20,000円を超える」場合に申請してください。

※ 本申請は、受診者別・医療機関別でひと月毎にまとめて作成してください。

### 必要提出書類 提出前にご確認ください。

※確認後、レ印を記入してください。

家族療養費付加金支給申請書(18歳以下)

診療費明細書兼領収証(写)

〈注意〉修正する場合は、二重取り消し線の上、必ず訂正印を押してください。(修正液等不可)

旭化成健康保険組合 殿

記入例



## 家族療養費付加金支給申請書(18歳以下)

被保険者証の記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		朱肉使用	連絡先(TEL)
○20 21	1234567	健保 太郎		健保	(職場・自宅)どちらかに○ 0982( 22 )2912
所属	旭化成 ○○工場 ○○課				
受診者氏名	健保 花子	医療機関名	△△病院		
		調剤薬局名			
診療・調剤年月 <input type="checkbox"/> にレ印を記入	<input checked="" type="checkbox"/> 外来	令和 2 年 1 月	金額	30,000円	
	<input type="checkbox"/> 外来 + 調剤				
	<input type="checkbox"/> 入院				
	<input type="checkbox"/> 歯科				
	<input type="checkbox"/> 歯科 + 調剤				
	<input type="checkbox"/> ( )				
※上記区分毎、ひと月毎にまとめて作成してください。					
お住いの自治体名(市区町村名)	延岡市				
振込先(退職者のみ)	銀行 支店(普通・当座) 口座番号( )				
上記のとおり申請いたします。 令和 2 年 4 月 10 日					

- ※ 本申請は、「0歳から18歳に達した日以降、最初の3月31日迄の方」かつ「窓口でお支払いになった金額が月20,000円を超える」場合に申請してください。
- ※ 本申請は、受診者別・医療機関別でひと月毎にまとめて作成してください。

### 必要提出書類 提出前にご確認ください。

※確認後、レ印を記入してください。

- 家族療養費付加金支給申請書(18歳以下)
- 診療費明細書兼領収証(写)

〈注意〉修正する場合は、二重取り消し線の上、必ず訂正印を押してください。(修正液等不可)