

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)

被保険者等記号・番号(記号はどちらかを○)		本人(被保険者氏名)		連絡先(TEL)	
20				(職場・自宅)どちらかに○	
・				()	
21					
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)