

旭化成健康保険組合 殿

記入例

健康保険 被保険者証	本人 (被保険者)	交付日 平成25年 1月	この番号が被保険者 番号です。
記号 20	番号 1234567		
氏名 健保 太郎	性別 男		
生年月日 平成 2年 5月 3日			
資格取得年月日 平成23年 4月 1日			
保険者所在地 宮崎県延岡市旭町2丁目1-3			
保険者番号 06450019			
保険者名称 旭化成健康保険組合		TEL 0982-22-2900	

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)	連絡先(TEL) (職場・自宅)どちらかに○
20 21	1234567 健保 太郎	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 <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"/> ()	令和 2 年 1 月 金額 30,000円
※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)