

家族療養費付加金支払申出書

(年齢：0歳から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの方)

年 月 診療分	被 保 険 者 証						被保険者氏名	印	備考	
	記号			番号						
事業所名称							被保険者住所	〒	【お願い】 還元金は被保険者本人の口座にお振込いたしますので、個人データ(住所・口座)の登録を行ってください。 【登録方法】 当組合WEBサイトより登録を行ってください。(事業所において代理登録可)	
支払申出の対象となる受診状況										
支払申出種類	受診者名	性別	受診者の生年月日			続柄	医療機関の名称(診療科名)		区分	日数
			年	月	日		所在地(電話)			
家族療養費付加金	年齢 満 歳	男 女	平成・令和	年	月	日	〒	() 科	入院 通院 歯科 調剤	日間
								()		
注意事項	<ul style="list-style-type: none">☆ この申出書は、0歳から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの方が、医療機関において41,000円以上の窓口負担をした場合にご使用ください。その他の方(平成20年4月診療分までは、6歳以上の方を含む)は、自動払いされますので申出は不要です。☆ 申出の際は、医療機関等の領収書コピー(原本は確定申告に必要ですので大切に保管してください。)を裏面に貼付してください。☆ 入院時食事療養費の標準負担額や自費(保険適用外の差額ベッド代など)の窓口負担は、還元金の対象とはなりません。☆ 申出の効力は受診月から2年です。									

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

令和 年 月 日

以上のとおり、家族療養費付加金の支払を申出いたします。

【問合せ先】 業務課 給付担当 .03-3662-9951

受付印

伊藤忠連合健康保険組合