

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 | | | 【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） | |
| 事業所名称 | TEL. () | | | | | 被保険者住所 | 〒 () | | | |
| 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 |
| | | | | | | | 所在地（電話） | | | |
| 家族療養費付加金 | | 男 女 | 平成 | 年 | 月 | 日 | 〒 | () 科 | 入院 通院 歯科 調剤 | 日間 |
| | 年齢 | | | 満 | 歳 | TEL. () | | | | |
| 注意事項 | <ul style="list-style-type: none"> ☆ この申出書は、<u>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</u>が、医療機関において <u>41,000円以上の窓口負担をした場合</u>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、<u>医療機関等の領収書コピー</u>（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。 ☆ 申出の時効は受診月から2年です。 | | | | | | | | | |

伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿

平成 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 TEL.03-3662-9951

受付日付印

伊藤忠連合健康保険組合