

記入例

室長	主務	係員

受付印	資格取得	S・H・R	年	月	日	標準報酬月額	万円	医療扶助	子ども・障害者		
健康 使用 欄	本人・6才未・家族	算 出 基 礎	点×10円×0.2・0.3=				健保記入欄	支給額	円	支給日	
	入院・外来		-20,000円+100円未満端数=								(付加金)
	付加金・高額		点×								円
	一般・多数		円+超過分の1%								(高額)
	ア・イ・ウ・エ・オ		備考欄								

デンソー健康保険組合 御中

子ども・障害者等医療給付金申請書

太枠内をご記入下さい

年 月 日提出

*毎月10日締め切り、当月の27日支払いとなります。

被 保 者	被保険者証	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ	社内メール	〒 1234
		1	123456	被保険者氏名 (署名)	健保 太郎	内線TEL	551 - 12345
保 険 者	所 属	〇〇〇 部 〇〇〇 室・工場 〇〇〇		課 係			
	被 保 険 者 住 所	〒 448-〇〇〇〇		TEL 0566-(〇〇)-〇〇〇〇		愛知県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	
給 付 金	医療受給者証発行市区町村	愛知 都・道 府・県 〇〇 市 区 〇〇 区・町 村					
	療養を受けた 方の氏名	フリガナ	ケンポ ハナコ	生 年 月 日	被保険者との続柄		
振 込 先	傷 病 名	低出生体重児		療養の期間	H・R 1年 5月 1日~ 5日	入院・通院	
	療養を受けた 医療機関	所在地	〇〇〇〇総合病院		領収書の保険分の自己負担金額 をご記入下さい。		医療機関に支払った額 123,456 円
給 付 金	医療機関	名称	愛知県刈谷市〇〇町〇〇丁目〇番地		*保険適用分の負担額が20,000円以上 の方のみ申請可		
	<p>健保登録口座がある事業所は、原則、健保登録口座に振り込みますので、振込先は記入不要です。 ※登録口座のある事業所一覧については、下記デンソー健康保険組合HPをご覧ください。 https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list 上記以外の事業所の場合：表面下記の給付金振込先をご記入下さい。(健保給付金振り込みが2回目以降の方は記入不要) ※健保登録口座以外の振り込みは出来ません</p>						
給 付 金	金融機関名	店 名	店 番	1	2	3	預 金 別
	〇〇〇〇	銀行	本店	〇	〇	1	普通 当座
給 付 金	〇〇〇〇	信用金庫	支店	〇	〇	1	2
	〇〇〇〇	信用組合	支所	フリガナ	ケンポ タロウ		
給 付 金	〇〇〇〇	農 協	支所	ケンポ タロウ		健保 太郎	
	※コード(健保記入)		口座名義人		健保 太郎		

【添付書類】

- 領収証(原本) ※健保へ提出する前に必ずコピーをとっておいて下さい。
- 医療受給者証(写) ※受給者証がある方のみ提出して下さい。