

# 記入例

室長	主務	係員

受付印

健康 使用 欄	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
	支給 区 分	本人・6才未・家族	算 出 基 礎	点×10円×0.2・0.3=				支給額	円
		入院・外来		-20,000円+100円未満端数= <input type="text"/> (付加金)					
		付加金・高額		点×10円×0.2・0.3=					
	一般・多数	- ( 円+超過分の1% ) 円				支給日	令和 年 月 日		
ア・イ・ウ・エ・オ	備考欄								

デンソー健康保険組合 御中

## 子ども・障害者医療給付金申請書

太枠内をご記入下さい

高額療養費  家族療養費付加金  一部負担還元金  合算高額療養費付加金支給申請書

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			
者	医療受給者証発行市区町村	愛知 都・道 〇〇 市・区 〇〇 区・町 〇〇 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		
給 付 金	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
欄	振 込 先	金融機関名	店 名	店 番	1	2	3
		銀行	〇〇〇	本店	〇	〇	1
振 込 先		信用金庫	〇〇	支店	1	2	3
		信用組合		支所	4	5	
		農 協		フリガナ	ケンポ タロウ		
	※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。
- 市区町村及び健康保険組合保険給付金支給明細書