

記入例

|                                  |            |                  |                    |       |  |        |  |    |     |          |  |         |  |
|----------------------------------|------------|------------------|--------------------|-------|--|--------|--|----|-----|----------|--|---------|--|
| 受付印                              |            | 室長               |                    | 主務    |  | 係員     |  |    |     |          |  |         |  |
| 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<br>保<br>使<br>用<br>区<br>分<br>欄 | 本人・6才未満・家族 | 算<br>出<br>基<br>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＝ |       |  |        |  |    |     |          |  |         |  |
|                                  | 付加金・高額     |                  | 点×                 |       |  |        |  |    |     |          |  |         |  |
|                                  | 一般・多数      |                  | 円+超過分の1%           |       |  |        |  |    |     |          |  |         |  |
|                                  | ア・イ・ウ・エ・オ  | 備考欄              | (高額)               |       |  |        |  |    | 支給日 | 令和 年 月 日 |  |         |  |

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<br>保<br>険<br>者<br>記<br>入<br>欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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<br>(署名)     |                                 | 健保 太郎                      |   | 内線TEL                   |       | 551 - 12345 |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 所 属               | 〇〇〇                        |                  | 部 〇〇〇              |                                 | 室・工場 〇〇〇                   |   | 課                       |       | 係           |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 被 保 険 者           | 〒 448-〇〇〇〇                 |                  | TEL 0566-(〇〇)-〇〇〇〇 |                                 |                            |   |                         |       |             |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 住 所               | 愛知県〇〇市〇〇町〇丁目〇番地            |                  |                    |                                 |                            |   |                         |       |             |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 医療受給者証発行市区町村      |                            |                  | 愛知                 |                                 | 都・道<br>府・県 〇〇              |   | 市 区 〇〇                  |       | 区・町 村       |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 療養を受けた<br>方の氏名    | フリガナ<br>氏 名                |                  | ケンポ ハナコ<br>健保 花子   |                                 | 生 年 月 日                    |   | 被保険者との続柄                |       |             |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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<br>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<br>をご記入下さい。 |   | 医療機関に支払った額<br>123,456 円 |       |             |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 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<br>の方のみ申請可 |                            |   |                         |       |             |     |
| 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。<br>※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。<br>【健保の給付】→病気やけがをしたとき→健保登録口座がある事業所一覧<br><a href="https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list">https://www.denso-kenpo.or.jp/benefit_index/sick_list</a><br>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。（健保給付金振込みが2回目以降の方は記入不要）<br>※健保登録口座以外の振り込みは出来ません |                   |                            |                  |                    |                                 |                            |   |                         |       |             |     |
| 給<br>付<br>金<br>振<br>込<br>先<br>欄                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 金 融 機 関 名         |                            | 店 名              |                    | 店 番                             | 1                          | 2 | 3                       | 預 金 別 | 普通・当座       |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 〇〇〇〇 銀行           |                            | 本店               |                    | 口 座 番 号                         | 0                          | 0 | 1                       | 2     | 3           | 4 5 |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 信用金庫              |                            | 〇〇               |                    | 支店                              |                            |   |                         |       |             |     |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 信用組合              |                            | 支所               |                    | フリガナ ケンポ タロウ                    |                            |   |                         |       |             |     |
| 農 協                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                   | ※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。