

記入例

受付印		室長		主務		係員				
健康 保 使 用 欄	資格取得	S・H・R	年	月	日	標準報酬月額	万円			
	支給 区 分	本人・6才未満・家族	算 出 基 礎	点×10円×0.2×0.3＝			医療扶助	子ども・障害者		
		入院・外来		-20,000円+100円未満端数＝					支給額	円
		付加金・高額		点×						
		一般・多数		円+超過分の1%						
ア・イ・ウ・エ・オ	備考欄				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 保 険 者 記 入 欄	記号	番号	フリガナ	ケンポ タロウ		従業員番号	123456		
	1	123456	被保険者氏名 (署名)	健保 太郎					
	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 府・県	〇〇	市・区 郡	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				
		氏 名	健保 花子	S・H・R	1年 5月 1日	長女			
	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。				
	名 称	愛知県刈谷市〇〇町〇〇丁目〇番地		医療機関に支払った額 123,456 円					
*保険適用分の負担額が20,000円以上の方のみ申請可									
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。 ※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。 【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 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									
給 付 金 振 込 先	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	〇	〇	1	2	3	4
		信用金庫	支店	〇	〇	1	2	3	4
		信用組合	支所	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。

☒ 医療受給者証(写)

※受給者証がある方のみ提出して下さい。