■子ども医療・障害者医療該当者申請分

市区町村及び健康保険組合給付金支給明細書

＊1医療機関ごと1ケ月の領収金額が20,000円以上ある方のみ

被保険者証	記号	番号	フリガナ	
			被保険者氏名	
被保険者住所	〒		TEL （ ）	
医療受給者証発行市区町村	都・道府・県	市・区郡	区・町村	

療養を受けた方の氏名	フリガナ		生年月日	被保険者との続柄
	氏名		S・H・R 年 月 日	

① 市区町村証明欄

上記療養者に対する診療月の給付金は下記のとおりです。

療養を受けた方の氏名	
受診月	年 月診療分
領収金額合計（医療機関ごと）	
受診医療機関	
市区町村支給額	円
証明者名	印
市区町村名	
担当部署	
連絡先	TEL
証明日	年 月 日

② デンソー健保組合証明欄

上記療養者に対する診療月の給付金は下記のとおりです。

療養を受けた方の氏名		
受診月		年 月診療分
総点数		
支給区分		本入・六入・家入 本外・六外・家外 ア・イ・ウ・エ・オ 一般・多数
支給金額	家族療養費付加金	円
	一部負担還元金	円
	高額療養費	円
証明者名		
連絡先		TEL 0566-25-3122
支払日		年 月 日

③ 市区町村証明欄

上記療養者に対する診療月の給付金は下記のとおりです。

療養を受けた方の氏名	
受診月	年 月診療分
領収金額合計（医療機関ごと）	
受診医療機関	
市区町村支給額	円
証明者名	印
市区町村名	
担当部署	
連絡先	TEL
証明日	年 月 日

④ デンソー健保組合証明欄

上記療養者に対する診療月の給付金は下記のとおりです。

療養を受けた方の氏名		
受診月		年 月診療分
総点数		
支給区分		本入・六入・家入 本外・六外・家外 ア・イ・ウ・エ・オ 一般・多数
支給金額	家族療養費付加金	円
	一部負担還元金	円
	高額療養費	円
証明者名		
連絡先		TEL 0566-25-3122
支払日		年 月 日

★デンソー健康保険組合は、子ども医療・障害者医療該当者への保険給付（家族療養費付加金・一部負担還元金・高額療養費）を、停止させていただいております。

●注意事項

①③市区町村の証明がどうしてもいただけない方については、市区町村からの支給金額を自書していただいても結構ですが、虚偽の申請をされた場合は、今後一切の健康保険からの給付金は停止させていただきます。

市区町村証明欄を自書した場合の念書

支給金額に虚偽があった場合は、今後一切の健康保険組合からの給付金を停止されることに同意いたします。

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印