

家族療養費付加金支払申出書

(年齢：0歳から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの方)

被保険者証の										事業所名					被保険者氏名					還元金は被保険者本人の口座にお振込いたします。						
記号				番号																						
被保険者住所										〒					銀行名					銀行コード						
										TEL. ()					支店名					支店番号						
年 月 診療分			支払申出の対象となる受診状況																	口座番号		普通・当座				
																				名義人 (カカナ)						
支払申出種類		受診者名			性別		受診者の 生年月日					続柄		医療機関の名称(診療科名)					区分		日数					
														所在地(電話)												
家族療養費付加金					男 女		平成・令和		年		月		日				(科)					入院 通院 歯科 調剤		日間		
		年齢 満 歳													〒		TEL. ()									
注意事項		<p>☆ この申出書は、<u>0歳から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの方</u>が、医療機関において<u>41,000円以上の窓口負担をした場合</u>にご使用ください。その他の方(平成20年4月診療分までは、6歳以上の方を含む)は、自動払いされますので申出は不要です。</p> <p>☆ 申出の際は、<u>医療機関等の領収書コピー</u>(原本は確定申告に必要ですので大切に保管してください。)を裏面に貼付してください。</p> <p>☆ 入院時食事療養費の標準負担額や自費(保険適用外の差額ベッド代など)の窓口負担は、還元金の対象とはなりません。</p> <p>☆ 申出の時効は受診月から2年です。</p>																								
伊藤忠連合健康保険組合 理事長 殿																	受付日付印									
令和 年 月 日																										
以上のとおり、家族療養費付加金の支払を申出いたします。																	【問合せ先】 業務課 給付担当 TEL.03-3662-9951									