

# 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				〒  Tel. ( )				銀行名		銀行コード					
								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									
注意事項		<ul style="list-style-type: none"> <li>☆ この申出書は、<b>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</b>が、医療機関において<b>41,000円以上の窓口負担をした場合</b>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。</li> <li>☆ 申出の際は、<b>医療機関等の領収書コピー</b>（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。</li> <li>☆ 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。</li> <li>☆ 申出の時効は受診月から2年です。</li> </ul>													
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					