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。 （委任払いを希望している事業所は除く）
記号	番号			

被保険者 住　所	〒 TEL.　　（　　）	銀行名		銀行ｺｰﾄﾞ	
		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 （ｶﾀｶﾅ）	

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） 所在地　（電話）	区分	日数
家族療養費付加金	年齢　満　歳	男 女	平成・令和　年　月　日		（　　科） 〒 TEL.　　（　　）	入院 通院 歯科 調剤	日間

注意事項

☆　この申出書は、**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**が、医療機関において**41，000円以上の窓口負担をした場合**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。

☆　申出の際は、**医療機関等の領収書コピー**（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。

☆　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。

☆　申出の時効は受診月から2年です。

伊藤忠連合健康保険組合　理事長　　殿

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

受付日付印

伊藤忠連合健康保険組合