

家族療養費付加金支給申請書 (被扶養者診療分)

被保険者が記入するところ	被保険者証の 記号-番号	-	被保険者氏名	⑩			
	被保険者の 住所	〒 -			日中の連絡先 (電話番号)	- -	
					事業所名		
	受診者の 氏名			受診者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日	被保険者 との続柄
	傷病名			医療機関名			
	受診年月	平成 年 月分		実際に診察を 受けた日数	日間		
	保険診療の 一部負担金額	円					
<input type="checkbox"/> 公的制度から医療費助成は受けていません 【※下記注意(5)を参照のうえ、□にチェックを入れてください】							

受取代理人の欄	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します						
	平成 年 月 日			住所			
				被保険者 (申請者)	氏名	⑩	
				住所			
			代理人 (受任者)	氏名	⑩		

(申請上の注意)

- (1) 医療機関ごと、及び診療月ごとに作成してください。
- (2) 同じ医療機関で入院と通院がある場合は別々に作成してください。
- (3) **領収書の写し**を添付してください。
- (4) 一部負担金額に、入院時の食事療養費・特別室料・保険外診療分は含まれません。
- (5) 他の公的制度(国や地方公共団体等)から医療費助成を受けている場合、家族療養費付加金の支給はありません。
- (6) ケガが原因の場合は「負傷の原因について」、第三者行為の場合には「第三者行為による傷病届」を添付してください。

(参考)

この申請書による支給金は、原則、一部負担金額より30,000円を控除した額に5割を乗じた額(1,000円未満切り捨て)です。

支払機関の欄	金融機関	銀行 金庫 信組		支店 本店
	預金種別	1.普通 2.当座	口座番号	
	口座名義	(フリガナ)		

受付印
