家族療養付加金支給申請書 ＜子ども(18歳まで)＞
高校生世代

※被扶養者１人につき１ヵ月ごと1枚に記入してください。

被保険者	記号・番号	記号				番号							
	氏名					事業所名							
	住所												
診療を受けた人	診療を受けた年月	令和　年　月分				居住地の市町村名							
	氏名					生年月日	平成・令和　年　月　日						

◎ 居住地の市町村に子ども医療費助成制度がありますか？

□ 制度はあるが対象外(年齢・診療区分・所得など)　□ 制度がない

□ 制度はあるが負担額が26,000円を超える(食事負担分、差額室料、保険適用外の費用は含まない)

医療機関の名称	診療区分	診療日数	支払った額
	入院 ・ 外来	日間	円
	入院 ・ 外来	日間	円
	入院 ・ 外来	日間	円

【添付書類】 ・医療機関の領収書と明細書(コピー)　※添付書類はクリップで留めてください

・こども医療費受給者証(医療証)のコピー　(交付されている場合)

この申請書の「給付金の受領」を事業主に委任します。

※任意継続被保険者は給付金を登録の口座に振り込みします。

被保険者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【申請が必要な方】

１．18歳まで（3月31日まで）の被扶養者（高校生相当年齢卒業まで）

２．1ヵ月の窓口負担額が26,000円を超える場合（自治体の医療費助成を優先します）

食事負担分、差額室料、保険適用外の費用は含まれません。

自治体へ申請をすることにより、還付される場合を除く

(窓口負担額について)

・1ヵ月の合算ではなく、1人ごと、各病院ごとに外来(調剤)・入院、医科・歯科　別に計算します。

・ただし、調剤は外来分と合算します。

・ 健康保険組合では個々の診療について、家族療養付加金の支給対象になるかどうか審査のうえ、支給を決定します。
(医療機関からの請求を確認してからとなりますので、診療月から3ヵ月後以降になります。)

被保険者証の記号番号に代えてマイナンバーにより申請する場合は、備考欄に被保険者のマイナンバーを記載してください。

備考欄

伺年月日	年　月　日	支給額	円	常務理事	事務長		係
支払年月日	年　月　日		(高額　円) (付加　円)				