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	健保　太郎				事業所名	○○株式会社						
	住所	○○市○○町1-1											
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	○○市						
	氏名	健保　華				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
○○総合病院	(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)
・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　健保　太郎

【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)				