

◎支給対象 同一人・同一月に同一医療機関(入院・外来・歯科別)の自己負担額が20,000円を超えた場合
但し100円未満切捨て、1,000円未満不支給

(訂正がある場合は被保険者(請求者)が二重線で抹消し正しい内容を記入してください。被保険者(請求者)以外の訂正は認められません)

健康保険証の 記号と番号	記号	番号	被保険者氏名 (請求者)	(フリガナ)	ジョウホウ イチロウ
	XXX	567	情報 一郎		
被保険者 (請求者) の現住所	〒XXXX-XXXX			日中連絡のとれる電話番号	
	千代田区〇〇〇4-4-404			自宅	XX-XXXX-XXXX
事業所名称	(株)〇〇〇				
受診者氏名(続柄)	情報 はなこ (長女)	生年月日	昭・平・令 XX年 XX月 XX日		
受診年月	令和 XX年 XX月 受診分	受診区分	入院・外来・ <u>外来と調剤</u>		
受診した医療機関名	〇〇〇病院	自己負担額	XX,XXX 円		
処方を受けた薬局名	〇〇薬局	自己負担額	X,XXX 円		
申請理由	<input type="checkbox"/> 任意継続被保険者である(あった)ため <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日付退職(予定)であるため <input checked="" type="checkbox"/> 未就学児で以下の理由に当てはまるため <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 所得制限超過により自治体のこども医療費助成制度に該当しないため ※1 <input checked="" type="checkbox"/> 健康保険組合から助成後、自治体へ申請手続を行うため <input type="checkbox"/> 生後間もなく、こども医療費助成制度の受給者証が手元になかったため <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他 ()				
備考					

*被保険者の死亡等により本人の申請が不能な場合、被保険者氏名の下に(請求者氏名)を記載してください。

【添付書類】

- 医療機関・調剤薬局の領収書写しを添付してください。
- 「※1」により未就学児の申請を行う場合は該当しないことが分かる通知の写しを添付してください。

給付金振込先選択欄 ※希望する振込先に☑をご記入ください

<input checked="" type="checkbox"/>	会社振込	私が勤務する会社の「給付金専用口座」への振込みを希望します。
<input type="checkbox"/>	個人(請求者)口座	被保険者(請求者)の個人口座への振込を希望します。

マイナンバーにより申請する方は下記へ記入し、個人番号及び本人確認書類を添付してください。

(12桁)

個人(請求者)口座を選択した方のみ下記を記入

支払金融機関	銀行・農協	本店	預金種別
	信金・信組	支店	普通・当座
	金融機関コード	店番号	
口座番号 (ゆうちょ銀行の場合は8ケタの通帳番号)	フリガナ		
	口座名義		

受付日付印

<input type="checkbox"/>	マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用します。(利用する場合は☑ 利用しない場合は上記の欄を記入。) 注) 口座情報の反映には数日を要します。また、代理人口座への振込を希望する場合は、公金受取口座を利用できません。
--------------------------	---

社会保険労務士の
提出代行者名記載欄