

## 記入例

K-9

健保 使 用 欄	支 給 決 議 書					常務理事	事務長	次 長
	支 給 額	円						
	支給内訳	(A) 合算自己負担額	円					
		(B) 支給済高額療養費	円					経 理
		(C) 支給済付加給付金	円					給 付
		(A) - (B) - (C) - 25,000円	円					
	資 格 取 得 日	年 月 日						
	資 格 喪 失 日	年 月 日						

## 健康保険 医療費・調剤費合算付加金支給申請書

① 被保険者証の 記号・番号	1 0 0 1 2 3 4 5 6	② 事業所名	全日本空輸(株)						
③ 被保険者の 氏名と印	空野 太郎					④ 被保険者の 生年月日	昭和 平成	年 月 日	
⑤ 被保険者の 住所・連絡先	郵便番号 1 6 3 8 6 1 1	東京都新宿区西新宿1-1-1 連絡先電話番号 03-5001-3550							
⑥ 対象者が被扶養者 の場合は、その者の 氏名		生年 月日	昭和 平成 令和	年	月	日	被保険者 との続柄	家族の場合は 記入	
⑦ 傷病名	C型肝炎							国又は地方公共団体の医療費助成の受給 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 ※有の場合、受給者証(写)添付	
⑧ 診療の期間	自 X X 0 6 0 1	至 X X 0 6 3 0	日数 2	日					
⑨ 医療機関名	福岡市舞浜病院					自己負担額	50,000 円		
⑩ 薬局名	青い空薬局					自己負担額	30,000 円		
⑪ 本請求書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。 <u>事業主印以外は、すべて記入・捺印</u>	委任者と代理人との関係				事業主				
受取代理人の欄	被保険者 氏名 空野 太郎 住所 東京都新宿区西新宿1-1-1 （請求者）								
	代理人の 氏名と印			全日本空輸(株)	印	代理人 の住所	東京都港区東新橋1-5-2		

### 【注意事項】

- 「被保険者が記入するところ」(太枠内①～⑪)の必要事項を全て記入して下さい。
- 国又は地方公共団体の医療費助成を受給している場合、その助成金を除いて算出します。
- ANA健保から既に給付金が支給されている場合、その給付金を除いて算出します。

受付日付印

### 【添付書類】

- 健保発行の「医療費・保険給付金明細」
- 領収書(写) ※申請されるもの全てのものが必要

(備考)