

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	経 理	給 付
		(B) 支給済高額療養費	円		
		(C) 支給済付加給付金	円		
		(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

被 保 険 者 が 記 入 す と こ ろ	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	<input checked="" type="radio"/> 昭和 <input type="radio"/> 平成	4	0	0	1	0	1
	⑤ 被 保 険 者 の 住 所・連 絡 先	郵便番号		東京都新宿区西新宿1-1-1															
		1 6 3 8 6 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						
	受 取 代 理 人 の 欄	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。										委任者と代理人との関係		事 業 主					
事業主印以外は、すべて記入・捺印										令和		XX年 7月 1日							
被保険者 (請求者)		氏名	空野 太郎										住所	東京都新宿区西新宿1-1-1					
代理人の 氏名と印	全日本空輸(株)										代理人 の住所	東京都港区東新橋1-5-2							

【注意事項】

受 付 日 付 印

- 「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。

【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)