

本件下記のとおり支給決定してよろしいか

常務理事	部長	部長	課長代理	係長	係員		

は記入しないでください。

家族療養費付加金請求書

※月がまたがる場合、請求書は2枚必要です。

種別	記号	番号	事業所の名称			
扶養家族氏名 生年月日(年齢)		家族が保険診療で 支払った金額	請求点数	診療月 (月末×)	入院 通院の別	診療を受けた病(医)院 歯科医院・調剤薬局の名称
昭・平・令	年 月 日 (歳)	円	点	年 月分	入院 通院	
昭・平・令	年 月 日 (歳)	円	点	以下同月	入院 通院	
昭・平・令	年 月 日 (歳)	円	点		入院 通院	
昭・平・令	年 月 日 (歳)	円	点		入院 通院	
昭・平・令	年 月 日 (歳)	円	点		入院 通院	
昭・平・令	年 月 日 (歳)	円	点		入院 通院	
昭・平・令	年 月 日 (歳)	円	点		入院 通院	
(イ) 支払合計金額		(ロ) 請求点数合計	$((ロ) \times 10) \times \frac{0.2}{0.3} = (ハ)$		(イ) 又は (ハ) $\times 0.4 - 6,000$ 円	請求書 枚
円		点	円		円	決定金額 円

上記のとおり請求します。

住所

令和 年 月 日

被保険者氏名

大阪織物商健康保険組合 理事長殿

電話 () -

携帯電話等日中連絡先 () -

振込先口座	銀行	店	店番号	口座預金種別				預金口座名義人の氏名 (カタカナで記入してください)
	金庫	支店		普通・当座・貯蓄				
	組合	出張所		口座番号				

※被保険者名義以外の口座に振込希望の場合は下記委任状に記入してください。自署の場合は押印不要です。

委任状	本請求に基づく給付金の受領に関する権限を代理人に委任します。			受付印
	令和 年 月 日	被保険者(請求者)氏名		
	代理人住所 電話番号	代理人氏名	被保険者(請求者)との関係	
	〒 -	()		

注 ① 領収書の写しを添付してください。

注 ② 医療機関別に、記入してください。

注 ③ 傷病が外傷(打撲・骨折等)である時は「負傷届」を又、負傷の原因が第三者行為(交通事故・集団食中毒等)によるものである時は、「第三者行為による傷病届」を添付してください。(用紙は組合事務所にあります。)

注 ④ 支払いは医療機関からの請求書と照合のため診療月から3ヶ月目以降となります。

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へ記載してください。
(マイナンバーを記載した場合は、個人番号確認、本人を確認するための添付書類が必要です。)
マイナポータル等で事前登録した公金受取口座を利用する場合は右の口にチェックしてください。

備考欄

公金受取口座を利用します。