

※ 診療月の翌月以降請求願います。

NO. \_\_\_\_\_

健保記入欄

同年月日	令和 年 月 日	常務理事	事務長	担当者	担当者
決裁年月日	令和 年 月 日				
支給額	円				
内訳	一部負担還元金	円	資格取得	昭・平・令 年 月 日	
	家族療養費付加金	円	資格喪失	平・令 年 月 日	
支給期間	令和 年 月 回	標準報酬月額	<input type="checkbox"/> 530千円以上 <input type="checkbox"/> 500千円以下		
			支払年月日	令和 年 月 日	
備考	レセプト点数	_____点 (×3=_____円) (_____日) ・ 申請額(_____円)			
	薬局分点数	_____点 (×3=_____円) (_____回) ・ 申請額(_____円)			
	合計点数	_____点 (×3=_____円) ・ 合計(_____円)			

一部負担還元金(被保険者)  家族療養費付加金(被扶養者) 支給申請書

被保険者記入欄

被保険者証の記号と番号	—	診療を受けた年月	令和 年 月	
療養を受けた方の氏名		家族の場合は被保険者との続柄	傷病名	主たる病名で結構です
標準報酬月額 どちらかに☑を	<input type="checkbox"/> 530,000円以上(控除額 区分A)		<input type="checkbox"/> 500,000円以下(控除額 区分B)	
	診療を受けた医療機関名	左記機関発行により処方した薬局名	左記機関発行により処方した薬局名	
医療機関名				
療養・手当等を受けた期間 日(回)数	自 令 年 月 日 至 令 〃 年 〃 月 日	自 令 年 月 日 至 令 〃 年 〃 月 日 回	自 令 年 月 日 至 令 〃 年 〃 月 日 回	
医療機関に支払った額	円 (領収書を添付して下さい)	円 (領収書を添付して下さい)	円 (領収書を添付して下さい)	
国または地方自治体の助成を受けられるかどうか	受けられる (制度名 ) 受けられない	受けられる (制度名 ) 受けられない	受けられる (制度名 ) 受けられない	

上記のとおり申請します。

令和 年 月 日

住所

被保険者の

氏名

(職場内線 \_\_\_\_\_)

オリジン健康保険組合

※1 令和4年4月診療分より、一部負担還元金等の控除額に標準報酬月額による区分が新設されます。標準報酬月額は給与明細でご確認ください。

受付日付印

区分	標準報酬月額	控除額
A	530,000円以上	20,000円
B	500,000円以下	10,000円

総医療費が267,000円以上の場合、上記に加え総医療費の約1%が自己負担となります。

※2 受診者ごと、診療月ごと、医療機関ごとに申請してください。

※3 給付金は原則として給与振込みとなります。