

※ 診療月の翌月以降請求願います。

NO. _____

健保記入欄

伺年月日	令和 年 月 日
決裁年月日	令和 年 月 日
支給額	円
内	一部負担還元金 円
訳	家族療養費付加金 円
支給期間	令和 年 月 回
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)

常務理事	事務長	担当者	担当者
資格取得	昭・平・令 年 月 日		
資格喪失	平・令 年 月 日		
標準報酬月額	☐ 530千円以上 ☐ 500千円以下		
支払年月日	令和 年 月 日		

☐ 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	10 — 1234	診療を受けた年月	令和 4 年 4 月		
療養を受けた 方の氏名	健保 花子	家族の場合は被保 険者との続柄	妻	傷病名	主たる病名で結構です 高血圧
標準報酬月額 どちらかに ☒ を	☐ 530,000円以上(控除額 区分A)		☒ 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	○×総合病院		△△薬局		○△ファーマシー
療養・手当等 を受けた期間 日(回)数	自 令 4 年 4 月 2 日 至 令 〃 年 〃 月 28 日 5 日		自 令 4 年 4 月 2 日 至 令 〃 年 〃 月 15 日 2 回		自 令 4 年 4 月 28 日 至 令 〃 年 〃 月 日 1 回
医療機関に支 払った額	9,600円 (領収書を添付して下さい)		8,400円 (領収書を添付して下さい)		7,500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 4 年 5 月 9 日

住所

さいたま市〇〇区△△1-1-1

被保険者の

氏名

健保 太郎

(職場内線 72 - x x x)

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。

(’22.3改)