

医療費見舞金申請書

家族用

★ 事業規定第5条（家族の範囲）1）給付対象となる家族は、予め（会員ごとに）登録する。登録は毎年度更新するが年度途中でも変更があれば速やかに届け出る。

申請日 年 月 日

定款および事業規程にもとづいて、医療機関に受診した際の医療費一部負担金に関する医療費見舞金を下記の通り申請いたします。

受診月	年 月 分		
班 名	班		
事業所名			
保険番号			
会員名			

<医療費一部負担金> * 中学生以下、「子ども医療費」に該当する場合は、該当欄に○をつけてください。

	子ども医療費	登録家族名	明 細	
外 来			保険適用分	回 点 円
			保険適用分	回 点 円
			保険適用分	回 点 円
			保険適用分	回 点 円
			外来小計	円
入 院			保険適用分	回 点 円
			給食費	日 円
			入院・外来合計	円
			高額療養費申請済み	
			中学生以下、子ども医療費申請済み	

<注>

- ① 受診医療機関に関わらず1ヵ月分をまとめて、月毎に申請してください。
- ② 申請有効期間は当月を含む6ヶ月。6ヶ月を過ぎたものは無効です。
- ③ 申請対象の領収書(氏名・受診日・点数が明記されているもの)を必ず添付してください。
- ④ 裏面の上の方から下へ整理して”のり”(ホッチキス・セロテープ×)で貼ってください。
- ⑤ 翌月の3日までに実務担当者に提出してください。
- ⑥ 1ヶ月の合計額が500円以下の場合は申請の対象となりません。
- ⑦ 子ども医療費の助成を申請済みの場合、もしくは申請をされない場合も自己負担の上限金額を記入してください(例 京都府の場合 2019年9月受診分以降の窓口負担金は、外来1か月1500円、入院1か月200円に変更されました)。
- ⑧ 給付の適用に関して疑義がある場合は、共済会担当者より、申請者(共済会会員)にお問い合わせさせていただきます。第23条② 対象家族が、会員の健康保険以外の健康保険の家族になっている等で、窓口負担金の補填に相当する医療費給付を他で受けた場合は、見舞金の対象としない。