

決 裁	年 月 日	本人・家族・入院・外来・多数・合算・高7・高般・6歳・介合			
支 給 支 出 同	支 給 金 額	円	給付期間	自 年 月 日 至 年 月 日 日間	常務理事 事務長 担当者
	資格取得日	年 月 日	支給基礎		
	資格喪失日	年 月 日			
	報酬月額	千円			

付 加 給 付 金 請 求 書

被保険者証記号・番号	一	事業所の名称	資格喪失日(退職日の翌日)	年 月 日
療養を受けた者の氏名		生年月日 S·H·R 年 月 日	被保険者との続柄	
傷 病 名		発病又は負傷の年月日		年 月 日
受診日 ※1	入院期間 (和暦) 自 年 月 日 至 年 月 日	外来期間 (和暦) 自 年 月 日 至 年 月 日	調剤薬局 (和暦) 自 年 月 日 至 年 月 日	日間
医療機関名・住所				
支払った金額	(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円	(保険診療に係る分) 円	
申請理由 ※2	1.乳幼児医療助成制度等の公費負担医療助成の対象年齢に該当しないため 2.所得制限により公費負担医療助成が受けられないため 3.その他(詳細記入:)	左記該当の市区町村名		
第三者行為による傷病ですか	1.届出済み 2.届出していない→ダイヘン健保へご連絡ください。 3.第三者行為に非該当			
支 払 機 関 欄	金融機関名 銀行 金庫 農協	口座名義 (カタカナで記入) 本店 支店 出張所	普通預金 口座番号	

上記の通り請求します。また下記の事項について異議無く同意いたします。

- ①他の保険者から照会があった時、又は他の給付を行う時この請求書の内容を参考とする場合があること。
- ②原籍が(株)ダイヘン、ダイヘンテック(株)、ダイヘンビジネスサービス(株)、ダイヘン産業機器(株)の方は、給与口座へ会社を介して振込むこと。
- ③上記②に該当しないもの、並びに給付時点での資格状況によっては支払期間欄にて指定された口座へダイヘン健保から直接振込むこと。
- ④国又は地方自治体から給付金を重複して受給した場合には、当健保組合へ返還すること。

年 月 日 ※3
住 所
電話番号
氏 名

ダイヘン健康保険組合理事長 殿

【添付資料】 **領収証の原本** (受診者名、医療機関名、診療日、支払日、診療点数、支払金額が記載されていること)

- ※1.受診者ごと、診療月ごと、医療機関ごとに提出ください。
- ※2.国又は地方自治体から支給される場合は支給致しません。
- ※3.請求日をご記入ください。