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	被扶養者(0歳から12歳)について 公費負担医療費助成の対象外となっているため 付加給付金を申請する場合の記入例	
給		
支		
出		
同	報酬月額	円

付加給付金請求書

被保険者証 記号・番号	〇〇-〇〇〇〇〇	事業所の名称	株式会社 〇〇〇	資格喪失日 (退職日の翌日)	令和〇〇年〇月〇日
療養を受けた 者の氏名	〇〇 〇〇	生年月日	S・H・R 〇〇年 〇月 〇日	被保険者 との続柄	本人
傷病名				発病又は負傷 の年月日	令和〇〇年〇月〇日
受診日 ※1	入院期間 (和暦) 自 令和〇〇年〇月〇日 至 令和〇〇年〇月〇日 10日間	外来期間 (和暦) 自 年 月 日 至 年 月 日 日間	調剤薬局 (和暦) 自 年 月 日 至 年 月 日 日間		
	医療機関 名・住所	〇〇病院 〇〇市〇区〇〇-〇〇〇	療養を受けた者の 住民票のある市区町村 ↓		
支払った 金額	(保険診療に係る分) 〇〇, 〇〇〇円	(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	〇〇市
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	給付金を振込希望する口座情報をご記入ください(本人名義)				

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。

令和〇〇年〇月〇日 ※3

住所 〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇

電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

氏名 〇〇 〇〇 (直筆でご記入願います)

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。