

支給決定伺				支給決定 令和 年 月 日				
付	加	給	付	円	常務理事	事務長	係	係
					入力	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 当月	

ご自身の記号番号は①～③の  
いずれかでご確認ください。

- ①マイナポータル
- ②資格情報のお知らせ
- ③資格確認書(健康保険証)

## 家族療養費付加金申請書

被保険者等 記号番号	3	1	1	-	1	2	3	4	5	事業所の 名称	〇〇〇株式会社	<input type="checkbox"/> 任意継続
資格取得年月日	昭和平成令和 28年4月1日									資格喪失年月日	令和 年 月 日	
療養を受けた方 氏名	健保 次郎									生年月日	平成令和 3年12月1日	
について	続柄 次男											
傷病名	発熱									診療を受けた年月	令和 4年6月受診	
診療を受けた医療 機関の名称・所在地	名称 △△病院									自己負担額	25,000 円	
	所在地 東京都〇〇区△△町1-2-3											
被保険者	上記の通り申請します。 三井物産健康保険組合 理事長 殿 令和4年7月1日											
	被保険者の住所				〒 〇〇〇 - ××××							
	氏名(フリガナ)				東京都●●区▲▲町1-2-3							
	日中連絡の取れる電話番号				健保 太郎 (ケンポ タロウ)							
委任状(退職後の任意 継続の方以外は必ずご記入 お願いします)	付加給付の受領を 〇〇〇株式会社 に委任いたします。											
	被保険者 健保 太郎											
※上段にお勤めの事業所名(会社名)、下段に被保険者名をご記入ください。												
領収証(原本) 返却希望	有		<input checked="" type="checkbox"/> 無		* 医療費控除の適用を受ける場合は、領収証原本を返却いたしますので「有」に○印をお付けください。(必ず申請時にご指定ください。受理後の返却要請には応じられません。) なお、返却は国内住所宛または三井物産社内便のみとなりますので予めご了承ください。							

被保険者等記号 311~361 の方は  
委任状欄も必ず記入してくださ  
い。空欄の場合は返戻となり再提  
出が必要となります。

- \* 太枠内にご記入ください。
- \* この申請書は、1ヶ月(暦月)ごとに作成してください。
- \* 医療機関発行の領収証(原本)を添付してください。
- \* 「事業所の名称」欄には、お勤めの事業所名をご記入ください。任意継続の方は口にチェックを入れてください。
- \* 「委任状」欄には、お勤めの事業所名をご記入ください。任意継続の方は記入を要しません。

受 付 印