

受付年月日	年 月 日
伺年月日	年 月 日
決裁年月日	年 月 日
支給額	円

支給対象月	年 月 日間
-------	--------

支給支払決議書			
資格取得	年 月 日		
資格喪失	年 月 日		
支払年月日	年 月 日		

### 家族療養費付加金 請求書

被保険者証の 記号と番号	第	号	事業所の 名称・所在地	
			資格取得 年 月 日	昭和・平成・令和 年 月 日
被保険者氏名			診療を受けた 年 月	平成 令和 年 月受診
傷病名			続柄	生年月日 昭和・平成・令和 年 月 日
被扶養者氏名			所在地	
診療を受けた 病院または 診療所	所在地 名称		自己負担額	円

<p>上記のとおり申請します。 年 月 日</p> <p>アドバンテスト健保組合 御中</p> <p>住所 被保険者 氏名</p>
---

委任状	<p>私は、事業主が選定した代理人に、 年 月 日請求した 家族療養費付加金の受領に関することを委任します。</p> <p>住所 被保険者 氏名</p>
振込希望銀行 (退職者のみ)	銀行 支店 (普通・当座 )

\*在籍者の方は、事業主経由で支払いますので、必ず委任状欄を記入してください。

◎請求上の注意  
一、この様式は、申請の1ヶ月(暦月)毎、医療機関(入院・外来)毎、総合病院は診療科毎に作成してください。  
二、申請は、1ヶ月(暦月)毎、医療機関(入院・外来)毎、総合病院は診療科毎に作成してください。  
三、申請は、1ヶ月(暦月)毎、医療機関(入院・外来)毎、総合病院は診療科毎に作成してください。  
四、申請は、1ヶ月(暦月)毎、医療機関(入院・外来)毎、総合病院は診療科毎に作成してください。  
五、申請は、1ヶ月(暦月)毎、医療機関(入院・外来)毎、総合病院は診療科毎に作成してください。

市町村の医療助成を受けられない旨、通知を受領されている場合は、写しを添付してください。