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		

一部負担還元金　付加給付請求書

被保険者証の記号と番号	第　号	事業所の名称・所在地	
被保険者氏名		資格取得年月日	昭和・平成・令和 年　月　日
傷病名		診療を受けた年月	令和　年　月受診
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

上記のとおり申請します。　年　月　日

アドバンテスト健保組合　御中

住所
被保険者
氏名

委任状	私は、事業主が選定した代理人に、　年　月　日請求した一部負担還元金の受領に関することを委任します。 住所 被保険者 氏名
振込希望の銀行(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、被保険者が医療機関窓口での自己負担額が、**二万一千円**を超えた時に申請するものです。

二、申請は、**1ヶ月(暦月)毎、医療機関毎（入院・外来毎、総合病院は診療科毎）**に作成してください。

三、医療機関発行の領収書コピーを添付してください。

四、市町村が実施する医療助成制度の受給対象者の場合は、市町村が発行する「助成金支払（振込）通知」（写し）を添付してください。

五、所得制限があり、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。