

「保険給付金支給申請書(自治体医療費助成制度 受給者 用)」の記入にあたって

自治体医療費助成を受けていない方は、この書類の提出は必要ありませんのでご注意ください。  
(保険給付金は自動でお支払いいたします。)

1 申請が必要な場合

「自治体医療費助成制度 受給資格取得届」を提出し、医療費通知の窓口支払額が「0円」とご通知されている方のうち、26,000円(※)以上の自己負担が発生した場合。

《自己負担が発生する例》

- ・通常は自治体の医療証の利用で支払いは無料だが、医療証が利用できない県外等で受診し支払が発生した。
- ・自治体が定める一定の金額を超えたため、医療証が利用できず医療機関にて医療費の1割～3割等を支払った。

※診療報酬明細書1件につき26,000円を超える場合(1か月単位、受診者単位、入院と外来は別、医科と歯科は別)

※健康保険がきかない費用(入院時食事代自己負担、差額ベッド代、文書料等)は給付の対象外

2 添付書類

医療機関発行の領収書(コピー)

3 支給日

診療月の3～4ヶ月後

医療機関から診療報酬明細書の到着が遅れ、更に時間を要する場合がありますのでご了承ください。

4 支給額について

『医療費のお知らせ』にて通知

5 書類提出先

① 富士通(株)および 社会保険関連書類の提出窓口が「人事・総務サービスセンター」になっている会社にお勤めの方	人事・総務サービスセンター 社会保険担当 宛 社内メール)新川崎三井ビル W棟 25F 郵 送) 〒212-0058 神奈川県川崎市幸区鹿島田1-1-2 新川崎三井ビルディング W棟 25F
② ①以外の会社にお勤めの方	各社人事総務担当部門 宛

※健康保険法施行規則改正に伴い健保組合に届出いただく本書類への押印は不要といたします。

以上

記入例

保険給付金支給申請書  
(自治体医療費助成制度 受給者 用)

健 保 組 合	常務理事	事務局長	課長	担当

自治体の医療費助成を受けている方が、県外医療機関で受診した等の理由により、健康保険適用分の医療費の支払いが26,000円以上発生した際に提出してください。

被保険者 (記号-番号)	被保険者名	連絡先(外線または内線)
1000 - 1234567	富士 通夫	TEL:044-×××-×××× または内線:7112-××××
事業所名		所属
富士通 (株) 川崎工場		〇〇事業部 △△課

押印は不要です。

受診者名	続柄
富士 通子	子
診療年月	
令和 / (平成) 27 年 1 月 診療分	
医療機関名	
富士通クリニック	

【添付書類】

医療機関発行の領収書(コピー)

【事業所記入欄】

担当者名
備考欄

保険給付金支給申請書  
(自治体医療費助成制度 受給者 用)

健 保 組 合	常務理事	事務局長	課長	担当

自治体の医療費助成を受けている方が、県外医療機関で受診した等の理由により、健康保険適用分の医療費の支払いが26,000円以上発生した際に提出してください。

被保険者 (記号-番号)	被保険者名	連絡先(外線または内線)
—		
事業所名		所属

受診者名	続柄
診療年月	
令和 / 平成	年 月 診療分
医療機関名	

【添付書類】

医療機関発行の領収書(コピー)

【事業所記入欄】

担当者名
備考欄