

●療養費

記号	番号	被保険者名 富士通 太郎
----	----	--------------

医療費のお知らせ及び保険給付決定通知書

富士通健康保険組合

診療を受けた方 医療機関等	受診 年 月	種別	日数	医療費の総額	健保組合負担額	公費負担額等	あなたが 支払った額	保険給付額	保険給付名
富士通 花恵	25 04	1	01	87,000	60,900	0	26,100	60,900	第二家族療養費
								1,000	付加給付金

[支給日について] 通知月の月末払い（休祝日の場合は前日） ※社員の方は各事業所を経由してお支払いします。事業所によって 支給日が異なる場合があるため、勤務先事業所人事勤労担当 部門へご確認ください。	『種別』欄の記載は 以下に対応します。 1 入院 2 通院 3 歯科入院 4 歯科 5 調剤 6 訪問看護 7 院外合算 9 柔道整復・ハリキュウ・マッサージ ・受診年については、西暦下2桁を表記しています。 ・「あなたが支払った額」は、医療費（2～3割）、療養費（第二家族療養費含む）支給後の額を記載しています。
--	---

【表示内容の説明】

- 療養費支給申請書（治療用装具・小児治療用眼鏡、立替医療費等）による給付の場合、「療養費」または「第二家族療養費」と記載されます。
- 保険給付名 「療養費」…受診者が被保険者の場合、「第二家族療養費」…受診者が家族の場合

【医療費のお知らせ及び保険給付決定通知書について】

- 支給月のPDFを印刷し、自治体等へ提出する際の「支給決定通知書」としてもご利用いただけます。

＜ご参考＞

[「医療費のお知らせ」について](#)