

医療金申請書

(本人・家族)

¥

| | | |
|------|----|---|
| 事務局長 | 係長 | 係 |
| | | |

(給与担当)

贈与部規則第2条により医療金の支給を申請します。

課長

年 月 日

共済組合員番号

—

所 属

申請者名

印

係長
現業長

健保被扶養者
患者名

続柄

年齢

才

上記の事実と相違ないことを証明します。

係

所属長

印

- 本申請書は75歳以上の組合員本人またはその扶養家族の医療補助金の申請に使用します。
- 1レセプト(同一病院、同一診療科目を1ヶ月単位にまとめる)本人負担分が医療費と薬剤費それぞれで2,000円以上の場合に補助の対象となります。
毎月、月末受付分で申請を締切り(共済組合到着分)、翌月の給与に合算して支払います。
- 医療機関発行の領収証原本(写し可)を添付して申請下さい。領収証原本の返却希望の場合は「返却希望」の旨を注記して下さい。
- 75歳以上の扶養家族に係る申請の場合は、申請初回時と1年毎に資格確認を行います。
(A) 扶養家族の方の資格要件は、**西南健保の扶養条件に準じます。**
 - 3親等内親族、②同居していてその家族を主として扶養(生計維持関係有)
 - ③その親族の年収総額が180万円(月額15万円)未満
 - ④その親族の年収総額が被保険者(組合員)の1/2以下等
(B) 申請初回時と1年毎に下記の資格確認書類が必要です。
 - ①家族全員記載の住民票(同居確認用)
 - ②収入を証明する書類(確定申告書、全ての公的年金の源泉徴収票、又は全ての年金振込通知書の写し等のいずれか収入額を確認できるもの)

受付日

支払日