

< 給付金支給決定通知書交付申請書（郵送用） >

■健康保険証の記号・番号 (記号) _____ (番号) _____

■被保険者氏名 _____

■支給決定通知書の送付先
〒 _____

※健保組合に登録されている住所と異なる場合、別途書類の提出をいただきます。

■連絡先（平日日中に連絡の取れる電話番号または通常お使いのメールアドレス）

■支給決定通知書の交付を希望する給付金

●支給年月（振込年月）

_____年 月 ～ 年 月支給分

※診療年月を指定しての申請はできません。支給年月を指定し申請してください。

保険証の記号が「457」「459」の方→給付金が振り込まれた年月

保険証の記号が「457」「459」以外の方→会社より給与等とあわせ支給された年月

●給付金の種類等（該当するものにチェックを入れてください）

高額療養費・付加給付（一部負担還元金・家族療養付加金等）

傷病手当金・出産手当金

その他 → 給付金の種類（例：出産育児一時金等）： _____

（備考）

<ご留意事項>

- ・令和2年4月～令和4年6月支給分の給付金支給決定通知書の交付を希望される場合にご提出ください。
- ・令和4年7月以降支給分はすやかサポートplus内「医療費と給付金支給額」より閲覧・印刷してください。
- ・申請が健保組合に届いてからおおむね2週間程度で支給決定通知書を送付いたします。
（確認事項がある場合、申請書記入の住所と健保組合登録の住所が異なる場合等、送付まで2週間以上かかることもあります。）

<送付先>

〒103-0015

東京都中央区日本橋箱崎町36-2 Daiwaリバーゲート南ウイング10階

日本アイ・ビー・エム健康保険組合 宛