

診療年月	期	間	入外別	保険対象		一部負担金額	医療助成費	医療機関名	備考
				自己負担額	負担限度額				
令和3年4月	1日~15日		入(外)					〇〇病院	
令和3年4月	20日~25日		入(外)					△△クリニック	
令和3年4月	20日~25日		入(外)					××調剤薬局	
年月	日~日		入・外	入院・外来を分けてご記入ください				受診した医療機関名をご記入ください	
年月	受診した期間をご記入ください								
年月	日~日		入・外						
年月	日~日		入・外						
合計			件	1か月分ごとにご申請ください					

(注)1 保険の療養費支給決定通知書、領収書等を添えて申請してください。

なお、医療保険での付加給付のある人は必ず申し出てください。

対象者が未成年の場合は、国民健康保険の世帯主(組合員)又は社会保険の被保険者(組合員)が申請代行者となります。

口座振込の場合は、対象者以外の口座には振込できませんので注意してください。

保険者番号は右詰めで、記入してください。

申請書の記入漏れがないようお願いします。