

診療年月	期	間	入外別	保 險 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	相	当	額				付	加
年	月	日	日	入	外	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円	円
年	月	日	日	入	外											
年	月	日	日	入	外											
年	月	日	日	入	外											
年	月	日	日	入	外											
年	月	日	日	入	外											
年	月	日	日	入	外											
年	月	日	日	入	外											
年	月	日	日	入	外											
合 計				件												

(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。