

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				
				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。