

医療費通知用

# 療養費給付申請書

組合員番号		組合員氏名	
受診者氏名		家族区分 (該当に○印)	本人 配偶者 被扶養者(※) 特別被扶養者

(※) 被扶養者とは、障害のある子どものうちで、退教互の認定を受けた方のことです。

受診年月	入院・外来区分	[事務局記入欄]	
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円
年 月	入院・外来		円

- ◇申請書は受診者ごとに作成してください。
- ◇入院・外来ごと、受診年月ごとに段をかえてご記入ください。一枚の申請用紙に最大12ヵ月分記入できます。また、申請書はコピーしてお使いいただけます。
- ◇提出期限は受診月から3年間です。(毎月5日で締切るため丸3年にならない場合があります)
- ◇医療費通知および領収書は、**申請書裏面に重ね、左上をホチキスでとめてください。**
- ◇書類は返却できません。(原本が必要な場合はコピーを添付してください)
- ◇毎月5日(5日が閉局日の場合は翌開局日)で締切り、翌月25日(休日の場合は翌銀行営業日)に送金します。送金通知を発行していませんので、通帳およびマイページで入金をご確認ください。

この用紙に記載された内容は、「個人情報保護規程」に基づき、当組合の業務以外には使用しません。