

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 被扶養者 (※) <u>配偶者</u> 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

- ◇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 ヶ月分記入できます。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。