

医療費見舞金申請書

本人用

申請日 年 月 日

定款および事業規程にもとづいて、医療機関に受診した際の医療費一部負担金に関する医療費見舞金を、下記の通り申請いたします。

受診月	年 月 分
班 名	班
事業所名	
保険番号	
会員名	

<医療費一部負担金>

外 来	保険適用分	回	点	円
入 院	保険適用分	日	点	円
	給 食 費	日		円
入院・外来合計				円

高額療養費申請済み

<注>

- ① 受診医療機関に関わらず1ヵ月分をまとめて、月毎に申請してください。
- ② 申請有効期間は当月を含む6ヶ月。6ヶ月を過ぎたものは無効です。
- ③ 申請対象の領収書(氏名・受診日・点数が明記されているもの)を必ず添付してください。
- ④ 裏面の上の方から下へ整理して”のり”(ホッチキス・セロテープ×)で貼ってください。

※領収書が発行されない医療機関については共済会所定の「証明書」に記入してもらって下さい。

- ⑤ 翌月の3日までに実務担当者に提出してください。

- ⑥ 1ヵ月の合計額が500円以下の場合には申請の対象となりません。 2017.3.21.