

医療補助金請求書

*太枠内をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

〔住所〕 〒 _____

〔電話番号〕 (_____) _____

申請者 会員番号	

配偶者 会員番号	

*配偶者が会員でない場合は、記入不要。

フリガナ

氏 名 _____

フリガナ

氏 名 _____

【提出書類の漏れはございませんか?】 医療補助金請求書・領収書コピー・健康保険証コピー 等

受診年月	申請者 領収書枚数	配偶者 領収書枚数	*届出事項に変更がある場合は、下欄に記入ください。
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	

ご 注 意 ください

厚生会事務局 受付印

- ・領収書はコピーで提出ください。
提出いただいた領収書は返却できませんのでご了承ください。
- ・一度、医療補助の給付を受けた受診月については、追加請求はできません。
ご夫婦どちらも会員の場合も、どちらかが給付を受けた受診月について、もう一方の追加請求はできません。
請求漏れがないか十分にお確かめいただき、ご夫婦同時にご請求いただきますようお願いいたします。
- ・請求書は、厚生会ホームページより取り出すこともできます。

URL: <http://www.toyamakyoko.jp>

(コピーしてお使いください。)