医療補助金請求書

＊太枠内のみご記入ください

申請日　平成　　年　　月　　日

〒 □□□ － □□□□　　TEL　　－　　－

住所

申請者　会員番号
□□□□□□

氏名

配偶者　会員番号
□□□□□□

＊配偶者の方も会員の場合は、必ず会員番号をご記入ください

氏名

・非課税世帯　・特定疾患　申請者　配偶者　← 該当の方は、○で囲んでください
あわせて、認定証等の書類（複写）を添付ください

受診年月（平成）	申請者 領収書枚数	配偶者 領収書枚数	
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	

請求上の注意事項（必ずお読みください）

- 平成22年４月受診分より、最初の請求の際に健康保険証の写しを添付してください。
  健康保険証の写しは、申請者と配偶者それぞれに必要です。
  ２回目以降の請求については、必要ありません。
  ただし、保険種類や記載内容等の変更など、新しく健康保険証の交付を受けた際は、必ずその写しを添付してください。
- すでに医療補助金の給付を受けた受診月と同じ月に受診した医療費の追加請求は、できません。請求漏れがないか十分にお確かめください。

厚生会事務局　受付印

（コピー原紙）