

医療補助金請求書

*太枠内を記入ください。

申請日 平成 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 _____

【添付書類】 ・領収書(コピー) ・健康保険証(コピー) 該当される方のみ
・限度額証明書等(コピー)

受診年月 (平成)	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	

請求上の注意事項 (必ずお読みください。)

厚生会事務局 受付印

- 最初の請求の際には、健康保険証のコピーを添付ください。
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(有効期限を含む)の変更など、新しく健康保険証の交付を受けた際は、必ずそのコピーを添付してください。
- 領収書はコピーで提出してください。(領収書原本を提出される場合は、返却不可となりますのでご了承ください。)
- 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。
- 請求書用紙は、厚生会ホームページより取り出すこともできます。
[<http://www.toyamakyoko.jp>]

(コピーしてお使いください。)