

医療費申請書の書き方について

医療関係費用申請書

この申請書に記載された個人情報は、医療費等の支払事務及び健康相談等に活用するもので、個人情報保護法並びに当協会の個人情報保護規程に基づき取り扱います。

※保険診療で支払日の属する月の3ヵ月後の月末までに申請されたものが援助の対象です。

●申請者は太枠の各欄を記入してください。(氏名などは必ずご本人が書いてください。)

氏名	光山 協子	生年月日	1955. 1. 1	登録番号	
住所	大阪市中央区〇〇〇町〇〇-△△			事務所受付日	
昼間の連絡先	電話 123-456-7890	携帯	090-1234-5678		
初めて申請される方または変更がある場合必ず記入してください。					
被保険者名	光山 協子 (本人・家族(続柄:))				
保険者番号	6700001	保険者名	〇〇〇〇健康保険組合		
保険種別 (〇記入)	国保・協会けんぽ (組合健保)・共済・国保組合・その他 () 付加給付は (有・無) 付加給付が有の場合、給付内容のわかる資料を添付してください。				

高額療養費や公費負担医療制度等について 該当する場合は、下欄に必ず〇をつけてください。

①高額療養費に関わる世帯収入区分	②公費負担医療制度等
市町村民税非課税の世帯	障害者総合支援法
国保で基礎控除後の総所得金額等が600万円を超える世帯、又は健保等の場合で標準報酬月額53万円以上の被保険者およびその被扶養者の方	重度障害者医療
	肝炎医療費助成
	その他 ()

1 診療費 (保険適用分のみ)・検診費の申請

領収書原本 (受診者氏名、保険・保険外別の金額等が確認できるもの) を必ず添付してください。

病名・検診内容等	受診日	医療機関名等 診療科名	金額
糖尿病	2014年4月1・8・9日	たかはし医院 内科	5500円

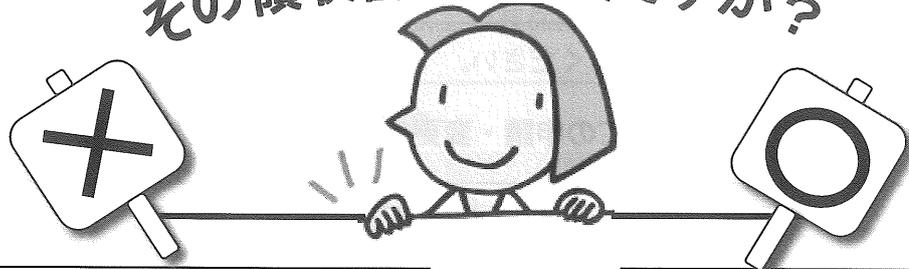


◎署名は自筆でお願いします

◎保険種別や付加給付の有無、世帯所得区分や公費負担医療制度については、医療費の援助額を決定する際に必要となりますので、【〇】の記入を必ずお願いします

◎みなさんの健康状態を把握するために、必要となりますので、病名は必ずご記入ください

その領収書、大丈夫ですか？



領 収 書
2014年4月9日
光山 協子 様

¥ 2500.-

大阪市中央区ひかり町1-3
TEL 06-6371-2160
たかはし医院

領 収 書
2014年4月9日
光山 協子 様

¥ 2500.-

但 保険適用3割自己負担分
通院日：2014年4/1 4/8 4/9

大阪市中央区ひかり町1-3
TEL 06-6371-2160
たかはし医院

保険点数表示のある印刷された領収書以外に、手書きやレシート状態の領収書が出されることもあるかと思いますが、その場合は、下記の点にご注意してください。

✔ポイント!

- ◎受診者氏名が書かれているかどうか?
- ◎保険適用3割負担分の金額が分かるようになっているかどうか?
- ◎医院名や薬局名の印鑑があるかどうか?
- ◎通院日の記入があるかどうか?