

# 記入例

## 医療関係費用申請書

※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。(ご本人が記入できない場合は代筆者氏名欄を記入してください)

氏名 (代筆者氏名) は自筆で記入	協会 太郎	電話 番号	06-6371-5304	登録番号	
	協会 二郎	(本人との関係: 兄)		事務所受付日	
保険種別 (○記入)	国保 協会けんぽ・後期高齢者 組合健保・共済・国保組合	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				
該当する保険種別を ○で囲む	ご加入の健康保険が変更になった場合、必ず記入してください。				
	《 本人・家族 》	保険者名			

1ヵ月の医療費(薬を含む)の合計が8,000円を超える場合は、適用区分の確認が必要となります。適用区分の確認ができない場合、3割負担の方は現役並みⅠ、1割・2割負担の方は低所得Ⅰの上

該当する適用区分を ○で囲む	該当する適用区分を確認した方法を○で囲む 【確認した日】に確認日を記入する
	【確認した日】は年1回(8月から翌年7月)及び適用区分の変更の際は必ずご記入ください。

①適用区分	②適用区分を確認した方法
<input type="checkbox"/> 現役並みⅢ	<input type="checkbox"/> マイナポータルで確認 ※適用区分が表示された画面の印刷が可能 →【確認した日 2025年 6月 20日】 の方は印刷したものを提出してください
<input type="checkbox"/> 現役並みⅡ	<input type="checkbox"/> 保険者(自治体や協会けんぽ等)や医療機関・調剤薬局で確認 →【確認した日 年 月 日】
<input checked="" type="checkbox"/> 一般	<input type="checkbox"/> 「限度額適用認定証」や適用区分が表示された「資格確認証」などで確認 ※写しを提出してください
<input type="checkbox"/> 低所得Ⅱ	
<input type="checkbox"/> 低所得Ⅰ	

●公費負担医療制度等について、該当するものを○で囲む

公費負担医療制度等	
<input type="checkbox"/> 自立支援医療・更生医療	<input type="checkbox"/> 難病・特定疾患
<input type="checkbox"/> 自治体の老人医療助成制度	<input type="checkbox"/> その他 ( )

ひと月ごと、通院/入院/健診(検診)ごとに分けて一行ずつ記入します

① 領収書原本を必ず添付してください

月ごとまとめた申請にご協力ください

受診月	申請内容(いずれかに○)	病名 [健診(検診)の場合は内容等]	金額
4月	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 / 入院 / 健診(検診)	白内障	6,000円
5月	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 / 入院 / 健診(検診)	白内障、胃炎、虫歯	13,000円
5月	通院 / <input checked="" type="checkbox"/> 入院 / 健診(検診)	胃炎	35,000円
	入院 / 健診(検診)		円
	入院 / 健診(検診)		円
月	通院 / 入院 / 健診(検診)		円

該当箇所に○をする

(通院)	
5月 ▲眼科	6,000円
5月 ★内科	4,000円
5月 ◆歯科	3,000円