

医療費見舞金給付申請書(薬代)

年 月 日

宮崎医療生協共済会支部長 殿

所属
氏名

私は、次の外来診療に伴う薬代について見舞金給付を申請いたします。

受診月 月 申請金額 円

- * 1ヶ月単位で右欄に領収書を添付し、翌月10日までに提出してください。
- * 申請する金額は外来保険診療に伴う処方箋の負担金のみで自費の薬代や容器代は含まれません。
- * 1ヶ月の給付額は本人、家族含めて上限1,800円です。
申請期限は3ヶ月です。
- * 会員及び準会員の居住する自治体を実施している医療費助成制度等がある場合は、その額を控除した金額になります。
- * 給付の対象は、会員及び準会員本人と会員及び準会員が扶養する健康保険証記載の配偶者、子供、父母とします。

支部長	担当者	受領印

- 上部に領収書左側をそろえてノリづけしてください。
- * 1ヶ月単位で申請してください。
- * 何枚もある場合は1枚目に重ねてノリづけしてください。