

## 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、次の外来診療費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

\*自治体の医療費助成を受けている → (助成名 )

\* 1ヶ月単位で右欄に、受診年月日・受診者氏名・負担金額がわかる「領収書」を添付し、翌月10日までに提出して下さい。

\* 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2,000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、父母とする。

\*はがれないように、きちんとのり付けして下さい。

\*一か月単位で申請して下さい。

\*何枚もある場合は、1枚目に重ねてのり付けして下さい。

**\* 自治体の医療費助成を受けている方は、控除した金額を記入し、助成名を記入してください。**

| 支部長 | 担当者 | 受領印 |
|-----|-----|-----|
|     |     |     |