

申請日：平成 年 月 日

被 保 者 情 報	法人名				事業所名				
	被保険者証の記号・番号	記号			番号				
	氏名	(フリガナ)				印	生年月日		
							<input type="checkbox"/> 昭和	年	月
	住所	(〒	—	—)	都	道	府	県
電話番号 (日中のご連絡先)									

受 診 者 情 報	※ 受診者が複数いらっしゃる場合は、2枚目以降は上記の「被保険者情報」欄は記入不要です。左上をホチキス留めのうえ一括してご提出ください。									
	氏名	(フリガナ)				生年月日			被保険者との関係(続柄)	
						<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日	
	受診日	平成	30	年	月	日				
	受診された医療機関の名称									
医療機関窓口への支払金額				円(税込)	健保組合への補助金申請額				円(税込)	

↑ 支払実費をご記入ください。
但し、4,320円(税込)を超過する場合は「4,320」とご記入ください。

※ 必ず領収証(原本)を貼付してください↓

(領 収 証 貼 付 欄)