

令和 年 月 日

※同月内において同一医療機関への入院が11日以上、又は通院が6日以上ある場合は、1ヶ月分の領収書を添付して下さい。

申請者	氏名		電話番号	— —
	子どもとの続柄		住所	大網白里市

受診者	フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
	氏名		住所	☐ 申請者と同じ			
	フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
	氏名		住所	☐ 申請者と同じ			
	フリガナ		生年月日	平成・令和	年	月	日
	氏名		住所	☐ 申請者と同じ			

[illegible]

(同月内で21,000円(7,000点又は10,500点)以上の医療費の支払がある場合のみ記入してください。)

私は助成金の算定に必要な附加給付金（高額療養費等）の内容について、保険者に照会することを承諾します。

令和 年 月 日

被保險者(組合員):

処 理 欄	受給者番号	公費負担者番号	所得区分
			非 ・ 課 ・ 超