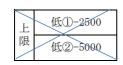
## 書き方見本



※太枠 保険証 ださい。	をご覧く	請は、診療・精神医療					を受けた方の E年月日を記 い。	
被保険者証の	記号 24-00		療養を受けた	氏 名	八王子	太郎		
(X)	番号		被保険者	生年月日	平成・昭和	45年 9月	1日生	
診療月		4月 分	医療に要 (領収書の			250	20 円	
月ごとに、記入します。	)	そ所・クリニック	·薬局等の領	[収書が必要	要になります。			
	F当てを受けた ・クリニックの名称	☑領収書	のとおり	□その他(		が該当する、病薬局の領収		
	支給を受けた 骨の名称	☑領収書	のとおり	□その他(		合計です。	7)	
	)診療を受けた ・施設の名称	□領収書	のとおり	□その他(	<u>,                                     </u>		)	
例 都外图	を を を を を が 遅れたため		例 都	外の医療	機関で受けた	ため		
		座はご利用にな	れません。					
振 込 先 金融機関 金融機関コード 支給額は上記口	○△×□ ○△×□ 座に振り込んでくださ	۲V .		支店 当 ハチオウジ <b>ハ王子</b>	□座番号	おに記入して		
記入後、金	<b>と融機関名・</b> 支店名	• 口座番号 •	口座名義人	について、	再度の確認を	お願いします	ŧ.	
なお、私以外 令和 〇 年 記入	り結核・精神医療に 外の者を口座名義人 三	としている場 住 所 <sup>〒</sup> 八 特主氏名 電 話 ( C	合は、受領 ○○○ - 王子市○○ 八王子	を委任した ○○○○ )町 5- - 太郎	・5-10			

余白に正しい内容を記入してください。

必要書類 1. 領収書 (該当月分)

必要添付書類です。

2. 自己負担上限額管理票の写し(該当月分)

※診療日の翌日から2年を超えるとお支払はできません。

※結核医療給付金申請につきましては、「自己負担上限管理票の写し」は必要ありません

送付先 192-8501 八王子市元本郷町3-24-1 八王子市役所 保険年金課 給付担当 電話 042-620-7235