

医療補助金請求書（退職会員用）

*太枠内をご記入ください。

申請日 令和 年 月 日

〔住所〕 〒 -

〔電話番号〕 () -

*日中、連絡の取れる番号を
ご記入ください。

申請者 会員番号

--	--	--	--	--	--

配偶者 会員番号

--	--	--	--	--	--

*配偶者が会員でない場合は、
記入不要。

フリガナ

氏 名

フリガナ

氏 名

【提出書類】 ①医療補助金請求書 ②領収書コピー ③「資格確認書」または「資格情報のお知らせ」のコピー など

受診年月	申請者 領収書枚数	配偶者 領収書枚数	届出事項に変更がある場合は、下欄にご記入ください。
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	
年 月	枚	枚	

ご 注 意 く だ さ い

厚生会事務局 受付印

- ・領収書はコピーで提出ください。
提出いただいた領収書は返却できませんのでご了承ください。
- ・一度給付を受けた受診月について、追加請求はできません。
ご夫婦の場合も、どちらかが給付を受けた受診月について、もう一方の追加請求はできません。
請求漏れがないか十分にお確かめの上、ご夫婦同時にご請求ください。
- ・請求書は、厚生会ホームページより取り出すこともできます。
URL: <http://www.toyamakyoko.jp>

(コピーしてお使いください。)