

一部負担額助成申請書

一般社団法人
岩手県農林漁業団体役職員連盟 御中

下記のとおり現職会員医療保険約款に基づき申請いたします。

会員番号	団体コード	会員コード	会員氏名	⑩
申請年月日	年	月	日	分会名

《申請内容》

対象診療月	年	月	診療分	一部負担額 助成申請額	※	円
受診者名	診療機関名		一部負担額	受診者名	診療機関名	
			円			円
			円			円
			円			円
			円			円
			円	A 合計		円

添付書類・・・1診療月3,000以下の領収書を点線より下に添付してください。

《注意事項》

- ※1. 申請額は（A 合計） - 15,000円を控除した額を記入してください。
- 2. 一部負担額助成とは、同月内において会員と会員の被扶養者（みなし被扶養者含む）が連盟に請求した医療費のうち一部負担した3,000円の合計額と医療費支払額3,000円以下の保険適用医療費の合計額を合算した金額が、15,000円を超えた額の助成。

（連盟記載欄）

給付年月日	給付金額	連 盟 決 裁	担当者	検 印	決 定
年 月 日	円				