

別紙

① 被 保 険 者 号

—

受診年月	療養費を 受ける 氏名	生 年 月 日	医療機関名		入外日数	医療機関への 支払負担額 (自己負担額)
			個人番号	処方箋発行医療機関		
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円
令和 年 月 分		昭平令 年 月 日			☐ 入 ☐ 外 ☐ 調	日 円

① この別紙については、**受診月順**に記載してください。

② 保険診療とならない治療費(予防接種やインプラント)、食事代・室料等は含まれません。

③ 医療機関へのお支払いがお済みでないときは、申請できません。

④ 70歳未満の方は、医療機関ごと、外来・入院・歯科別(それぞれに係る調剤)で、自己負担額が21,000以上のものが合算対象となります。

⑤ 70歳以上75歳未満の方は、保険診療として支払ったすべての治療費の自己負担額が合算対象となります。