

レゾナック健康保険組合 御中

医療費助成内容届出書

(医療証1枚ごとに届出書を作成ください)

記号		番号		被保険者氏名	
所属				連絡先(内線可)	

【医療費助成の内容】

医療費助成対象者氏名		続柄		年齢	
<p>当てはまるものに○をつけてください</p> <p>1 医療機関では支払いをしていない</p> <p>2 医療機関では一定の額を支払っている</p> <p>① 1割の額を支払っている</p> <p>② その他</p> <p>通院の場合 1か月の支払上限額 (円)</p> <p>入院の場合 1か月の支払上限額 (円)</p> <p>3 医療機関で一定の額を支払っているが、支払う上限額は不明</p> <p>4 医療機関で支払いをしているが、後日手続きをすれば還付される</p> <p>5 上記1～4に該当しない場合、助成内容についてご記入をお願いします</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%; margin-top: 20px;"></div>					
<p>※裏面に「医療証」のコピー(表・裏)を貼付してください</p>					

表 面 貼 付

裏 面 貼 付