

窓空宛名

年 月 日

差額療養費の勧奨について

下記の年月において、病院で診療を受けた際の自己負担額について、差額療養費の申請手続きができます。

つきましては、支給申請の手続きを行ってください。ただし、受診日の翌日から起算して2年で、請求権は時効により消滅します。

被保険者記号・番号

| 診療年月 | 療養を受けた 被保険者氏名 | 医療機関等名 | 入外 |
|------|------------------|--------|----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- *お持ちいただくもの
1. 当通知書

2. 被保険者証

3. 当該月の医療機関の領収証

4. 同一世帯以外の代理人の受領の場合、委任状

＜ご注意＞ 上記のうち、ひとつでも不足していると申請できない場合があります。

ご不明な点があれば、以下のお問い合わせ先まで連絡してください。

〈お問い合わせ先〉

〒 000-0000
〇〇市〇〇町1丁目2番3号
国保課
電話 000-000-0000