

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。

被保険者記号・番号

診療年月	療養を受けた 被保険者氏名	医療機関名	入外

- *お持ち戴くもの
1. 当通知書

2. 被保険者証（保険手帳）

3. 当該月の病院の領収証

同一世帯以外の代理人の受領の場合

4. 委任状

<御注意> 上記のうち、ひとつでも忘れますと支払できません。

ご不明な点があれば、以下の問い合わせ先まで連絡してください。

問合せ先
〒000-0000
〇〇市1丁目2番3号 〇〇課
電話番号：000-000-0000