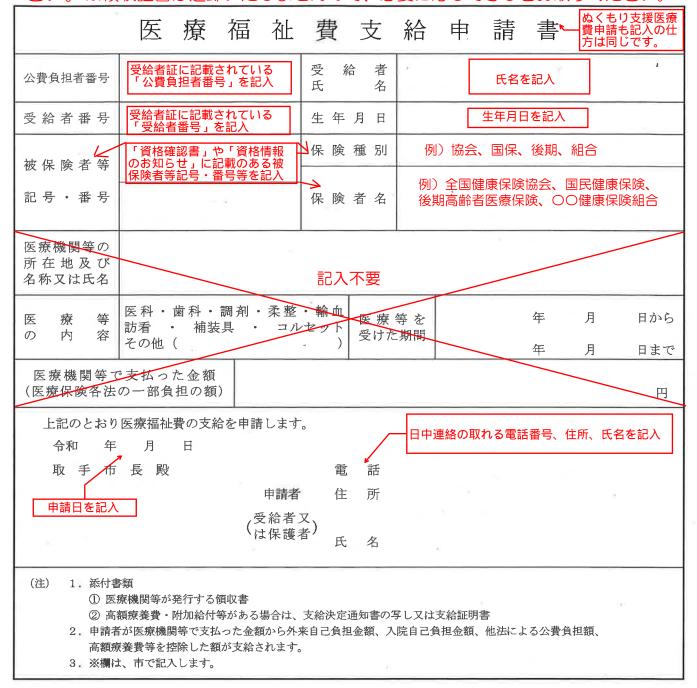
◎県外受診の領収証書(原本)を添えて受診月以降に申請(郵送)してください。※領収証書は返却いたしませんので、必要に応じて写しをお取りください。



	領収書等の金額	患者負担割合金額		
		① 円	2	③ 円
支	控  外米自己負担金額	記入不要	附加給付額	· F
給内	額他法公費負担額	H	そ の 他	P)
訳	内	H	控除額計④	円 円
	交付決定額	1) + 2 + 3 - 4		円 円