

## 障害見舞金請求書

所属所コード		会員番号	
本配区分	本人 ・ 配偶者	該当者氏名	
身体障害者 認定年月日 (*1)		年	月 日
事由発生日 (*2)		年	月 日

上記のとおり請求します。

請求書ならびに添付書類に記載された個人情報について、支払事務に必要な範囲で厚生会が医療機関や加入保険等へ照会・確認を行うことに同意します。

(一財)京都府市町村職員厚生会 理事長 様

請求年月日	年	月	日
請求者氏名			
請求者住所	〒 -		

\*1 『身体障害者認定年月日』欄には、身体障害者手帳の交付年月日を記入してください。

\*2 『事由発生日』欄には、福祉医療費受給者証(障)、重度心身障害老人健康管理事業対象者証(シール)などの交付を受け、保険診療の自己負担額が全額補填されることとなった年月日を記入してください。

**【添付書類】**

- ①身体障害者手帳の写し ※必須
- ②福祉医療費受給者証（障）、重度心身障害老人健康管理事業対象者証（シール）  
などの写し ※必須
- ③その他（保険自己負担額が0円であると確認できる書類があれば、上記①②  
と併せて添付してください。）

**【証明書類添付欄】**

--