

この様式は、奈良県外で受診したときや、受給資格証を医療機関で提示しなかったとき等に使用します。

奈良県内の一部の医療機関では、自動償還されないため、個別に申請が必要な場合があります。医療機関へご確認ください。

氏名等を記入し、押印してください。

乳幼児の場合は、扶養義務者（父母等）の氏名をお願いします。

領収書（医療点数が表示されているもの）、受給資格証、健康保険証を持参してください。

登録済みの振込先に変更がない場合は、口座等の記入は不要です。

領収書がない場合は、医療機関で領収金額や医療点数等の証明をしたものを提出してください。この場合、医療機関の押印が必要です。

【領収書がない場合の記入例】

医療費の状況等	入院	医療機関: 名称 _____ (所在地 _____)		
		日数・期間	総点数	自己負担支払額
		日(年 月 日 ~ 日)	点	円
	外来	医療機関: 名称 _____ 医院 _____ 印 _____ (所在地 市 町 × × 番地 _____)		
		日数	総点数	自己負担支払額
		6 日	1,000 点	300 円
等		医療機関: 名称 _____ (所在地 _____)		

領収書がない場合は、医療機関の印が必要です。

