



療養補助金請求書



下記の記載に基づき請求いたします。

一般財団法人 山形県教職員互助会理事長 殿

令和 年 月 日

郵便番号 〒 -

住 所

電話番号 - -

※日中連絡のとれる番号を御記入ください。

請求者氏名 印

受診者氏名	特別加入者番号	受診者の生年月日				領収書の返還を希望	
		年号	年	月	日	する	しない
		昭和				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

医療機関(薬局) 領 収 欄

※太枠内を記入して下さい。

請求の対象となった 保険証の種類 (○で囲む)	1. 国民健康保険		2. 全国健康保険協会		事務局記入欄		
	3. 日本私立学校振興・共済事業団		4. 市町村職員共済組合				
	5. その他(保険名称 記号・番号)						
診療月	入院・外来・調剤 の別(○で囲む)	自己負担額 (保険適用分)	医療費総点数 又は総金額	負担率 (○で囲む)	診療年月	入力額	高額
年 月分	入院 外来 調剤	円		1割 2割 3割			
年 月分	入院 外来 調剤	円		1割 2割 3割			
年 月分	入院 外来 調剤	円		1割 2割 3割			
年 月分	入院 外来 調剤	円		1割 2割 3割			
年 月分	入院 外来 調剤	円		1割 2割 3割			
年 月分	入院 外来 調剤	円		1割 2割 3割			

医療機関へのお願い
 お手数ですが、領収欄記入につき格段のご協力をお願いします。
 年 月 日
 医療機関名 (接骨院・調剤薬局名) 印

*医療機関の領収書添付による請求のときは、「医療費総点数又は総金額」及び「医療機関へのお願い」の欄への記入の必要はありません。

※添付されている医療機関領収書の記載事項等に不明な点があった場合、本会担当者が受診医療機関へ問い合わせることに対して、療養補助金請求書の提出があった時点で同意があったものとさせていただきます。