

# 療養費(本人) 請求書

## 家族療養費(被扶養者)

種別コード	0	2	一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様				請求金額	
下記のとおり請求します。 平成 年 月 日								
所属名	所属番号						印	
氏名	組合員番号							
	0							

識別コード		3		0		0		1							
<b>医療機関へお願い</b> この領収欄は、長崎県の教職員関係者が資金を拠出し、療養に際し、保険適用分の自己負担分について、補完給付をうけるためのものです。 ごめんどうでしょうか、下記の領収欄記入につき、格段のご協力をお願いいたします。					1 保険適用分のみご記入ください。 2 診療科、1か月ごとに記入してください。										
<b>病 院 領 収 欄</b>															
療養者氏名	療養者続柄				社会 保 険 名	該当番号に○をつけてください。			1 本人						
診療科 (該当番号を下欄に記入してください。)	内	外	皮	泌		婦	眼	耳	神	歯	調	整	そ	の	他
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12			
診療年月	入院・外来の別 (該当に○をつけてください。)		領収金額			医療費総点数		公費負担点数		※互助組合記入欄		給付決定額			
平成 年 月 分	1	入院	円			点		点		円					
平成 年 月 分	2	外来	円			点		点		円					
平成 年 月 分	1	入院	円			点		点		円					
平成 年 月 分	2	外来	円			点		点		円					
平成 年 月 日										医療機関名 (薬局名)		(印)		合計 円	
上記のとおり相違ないことを証明します。										平成 年 月 日		所属長職氏名		(印)	

※ 領収書で請求される場合 (領収書は、裏面に添付)

- 1 医療機関より領収書をもらえる場合は、領収書を1診療科、1か月ごととし、医療費総点数を記入してもらってください。
- 2 領収書記載事項を、病院領収欄に請求者ご自身で転記してください。  
(療養者氏名・社会保険名・診療科・入院・外来の別等)