

療養費(本人) 請求書

家族療養費(被扶養者)

種別コード 02		一般財団法人 長崎県教職員互助組合理事長 様 下記のとおり請求します。 平成 年 月 日				請求金額	円
所属名	所属番号					印	
氏名	組合員番号						

識別コード 3001	
医療機関へお願い この領収欄は、長崎県の教職員関係者が資金を拠出し合い、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。 お手数をおかけしますが、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。

病院領収欄						
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 2 家族		
診療科 <small>(該当番号を下欄に記入してください。)</small>	内 外 皮 泌 婦 眼 耳 神 歯 調 整 所 ・ 膚 尿 人 鼻 経 劑 骨 の 整 形 咽 精 他 喉 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12	診療年月	入院・外来の別 <small>(該当に○をつけてください。)</small>	領収金額	医療費総点数	公費負担点数
平成 年 月 分	1 入院 2 外来	円	点	点	※互助組合記入欄 給付決定額	
平成 年 月 分	1 入院 2 外来	円	点	点	円	
平成 年 月 分	1 入院 2 外来	円	点	点	円	
平成 年 月 日					合計	
医療機関名 (薬局名)					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)