

公立学校共済組合員以外の互助組合員用

※公立学校共済組合員の方は、自動給付のため請求する必要はありません。

療養費(本人)

家族療養費(被扶養者)

請求書

記入例

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 〇〇年 〇〇月 〇〇日

請求金額

円

所属名	所属番号 1 2 3 4 5	〇〇市教育委員会	印
氏名	組合員番号 0 1 2 3 4 5 - 6		互助太郎

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	互助太郎	療養者続柄	本人	社会保険名	該当番号に○をつけてください。 1 全国健康保険協会 管掌健康保険 ② 市町村共済組合 3 その他	① 本人 2 家族
診療科	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 神 他 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12			社会保険名		
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 〇〇年 7 月分	9 ② 外 来	3,720 円	1,240 点		円	
平成 〇〇年 8 月分	9 ② 外 来	2,670 円	890 点		円	
平成 〇〇年 9 月分	9 ② 外 来	2,790 円	930 点		円	
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日	医療機関名 〇〇市〇〇町〇〇番地 (薬局名) 〇〇〇〇病院			印	合計 円	

上記のとおり相違ないことを証明します。
平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日

所属長職氏名

〇〇市教育委員会教育長

公印

※ 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)