

※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

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		請求金額	円
所属名		下記のとおり請求します。 平成 ○○年○○月○○日			印
所属番号		1 2 3 4 5			
氏名		互助太郎			互助
組合員番号		0 1 2 3 4 5 - 6			

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、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。	
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
診療科	内 外 皮 泌 婦 眼 耳 神 歯 調 整 其 他 ・ 膚 尿 人 鼻 経 劑 骨 他 整形 咽喉 神		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 7月分	9 ① 入院 ② 外来	3,720 円	1,240 点	点	円
平成 ○年 8月分	9 ① 入院 ② 外来	2,670 円	890 点	点	円
平成 ○年 9月分	9 ① 入院 ② 外来	2,790 円	930 点	点	円
平成 ○○年 ○○月 ○○日 医療機関名 ○○市○○町○○番地 (薬局名) ○○○○病院					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 ○○市教育委員会教育長 ○○ ○ ○ 郎					

※ 領収書で請求される場合(領収書は、裏面に添付)

- 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。
- 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)