

入退院交通費 通院費請求書

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	
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	30		組 合 員 との続柄	
療養者氏名				
現 住 所	現住所の小学 校区名及び へき地級地	所属コード	小学校 (分校)	級地

医 療 機 関 入 欄	(お願い) 下記の記入につき格段のご協力をお願いします。									
	今 回 請 求 期 間	平成 年 月 日 から平成 年 月 日 までの通院日数								
	上 記 通 院 期 間 の 通 院 日	年 月 日	日	日	日	日	日	日	日	日
	入・通院の別	入 院	平成 年 月 日	退 院	平成 年 月 日					
	上記のとおり相違ないことを証明します。 平成 年 月 日									
	住 所 医療機関 医療機関名 職・氏名 (印)									
お願い・ 医療保険の対象にならない健康診断(相談)、人間ドック、妊産婦検診、予防接種等は通院日に含めないでください。										
医師の指示による島外への入退院・通院の場合		離島医療機関名 医 師 氏 名 (印)								

該当級地は、現住所の小学校区のへき地級地で記入してください。 入退院交通費の場合、準へき地から3級地まではへき地3級地へ記入してください。			※ 互助組合記入欄 決 定 金 額
へき地3級地	1,000円×	日=	円
へき地4級地	1,500円×	日=	円
へき地5級地	2,000円×	日=	円
医師の指示による 島外入退院・通院	3,000円×	日=	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)	

- (注) 1 一般定期運行の交通料金が往復で1,000円未満は請求できませんのでご注意ください。
 2 病院ごとに請求してください。
 3 島外への入退院及び通院の場合は、交通機関の利用日が記入された領収書(飛行機の場合は搭乗券控でも可)を添付してください。
 4 通院費は、1日につき1通院のみ対象とします。