

# 入退院交通費 通院費請求書

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	18,000 円					
下記のとおり請求します。 平成 ○○年○○月○○日														
所属名	所属番号					○○市立○○小学校					印			
	1	2	3	4	5						<div style="border: 1px solid red; border-radius: 50%; width: 30px; height: 30px; display: flex; align-items: center; justify-content: center; margin: 0 auto;"> <span style="color: red; font-weight: bold;">互 助</span> </div>			
氏名	組合員番号					互助 太郎								
	0	1	2	3	4	5	-	6						
現住所	○○市○○町○○番地					現住所の小学校 校区名及び へき地級地					○○			
						所属コード					1	2	3	4
										小学校 (分校) 5 級地				

識別コード	3	0	(お願い) 下記の記入につき格段のご協力をお願いします。									
医療 機 関 入 欄	療養者氏名	互助 太郎										
	今回請求 通院期間	平成○○年 4月 5日から平成○○年 6月20日までの通院日数 9日										
	上記通院期間 の通院日	○○年 4月	5日	12日	19日	26日	日	日	日	日	日	日
		○○年 5月	1日	8日	15日	日	日	日	日	日	日	日
		○○年 6月	13日	20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	日	
関 記 入 欄	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	○○○○病院										
	医療機関 医療機関名	○○市○○町○○番地										
	職・氏名	○○ ○○										
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											

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	円	円	円	円	円	円
へき地4級地	1,500円×	日=	円	円	円	円	円	円	円
へき地5級地	2,000円×	9日=	18,000	円	円	円	円	円	円
医師の指示による 島外入退院・通院	3,000円×	日=	円	円	円	円	円	円	円

上記のとおり相違ないことを証明します。											
平成 ○○年 ○○月 ○○日											
○○市立○○小学校長 長崎 正											
所属長職氏名 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">公印</span>											

- (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。