

# 本 人 族 療 養 補 助 金 請 求 書

所 属 名		氏 名		所 属 の 互 助 会 担 当 者 確 認 印	㊟
所属コード		職員番号			
受 診 者 名		続 柄		健 康 保 険 証 記 号 ・ 番 号	
医 療 機 関 領 収 及 び 明 細 書	診 療 月	領 収 金 額	医 療 費 総 点 数	事 務 局 記 入 欄	
	給 付 額			備 考	
	平成 年 月	円	点		
	平成 年 月	円	点		
	平成 年 月	円	点		
	平成 年 月	円	点		
	平成 年 月	円	点		
上記のとおり領収しました。			医 療 機 関 へ の お 願 い		
平成 年 月 日			1 医療保険診療による一部負担金のみを記入してください。入院時の食事代は対象になりません。		
医療機関名			2 レセプトごと（保健種別、月別、外来、入院別）に記入してください。また、領収金額、医療費総点数は必ず記入してください。		
上記のとおり請求します。					
平成 年 月 日					
氏 名					
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様					
送 金 先	銀 行		支 店		フリガナ
	店 番 号	口 座 番 号		名 義	
		(普)			

- ※ 店番号は必ずご記入ください。
- ※ 送金指定の金融機関への振込票を領収書にかえますので、ご了承ください。

事 務 局 記 入 欄					
給 付 金 額 円				( 件 )	
				受 付 印	
				係	
給付年月日		平成 年 月 日			

※※※※ 文部科学省共済組合及び全国健康保険協会加入会員用です。  
 太線の枠内だけご記入ください。  
 太枠内の医療機関証明欄に記入がないときは医療費総点数が記入してある領収書（レシート不可）を添えてください。  
 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。