

本 人 療養補助金請求書

※ 個人情報については、本会の業務に限り使用いたします。

所属名		氏名	
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
	年 月	円	点
	年 月	円	点
	年 月	円	点
	年 月	円	点
	年 月	円	点
上記のとおり領収しました。 令和 年 月 日			事務局記入欄 給付額 備考
医療機関名	印	医療機関へのお願い 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。 2 レセプトごと(保険種別、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。	
添付書類・会員チェック欄	<input type="checkbox"/> 領収書(レシート不可)又は医療費のお知らせの写し <input type="checkbox"/> 請求書に直接証明(添付書類不要)		
上記のとおり請求します。 令和 年 月 日			
氏名 印			
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	名義 ※カタカナで記入
	店番号	口座番号 (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。なお、送金手数料の関係で、できるだけ「宮崎銀行」を指定いただきますようご協力をお願いします。

事務局記入欄			
給付金額 円	(件)		受付印
給付年月日	令和 年 月 日	係	