

－ 病気や災害のとき －

○会員やその家族が、疾病又は負傷により医療機関で外来治療を受けたとき

【 文部科学省共済組合及び全国健康保険協会加入会員用 】

様式5

会員本人と健康保険の被扶養認定の家族が請求できます。
請求する受診者により、本人・家族のいずれかを○で囲んでください。

→ **本人**
家族

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。

①	所属名	国立大附属中学校		氏名	宮崎夏海		
	所属コード	3 0 0 0 0		職員番号	0 0 0 0 0 1		
②	受診者名	宮崎夏海		続柄	本人	健康保険証 記号・番号	1000000-100
	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		
		6年 8月	3,300円	1,100点	下記（医療機関へのお願い）により、医療機関に領収証明をとるか、医療機関発行の領収証をもとに病院（診療科）毎、月毎に領収金額と医療費総点数を記入して請求してください。		
		6年 10月	4,500円	1,500点			
		6年 12月	2,550円	850点			
		7年 1月	2,700円	900点			
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			
令和 7年 2月 1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 互助会内科医院 				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 checked="" 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 7年 3月 1日			
氏名 宮崎夏海 							
一般社団法人 宮崎県教職員互助会理事長 様							
③	送金先	宮崎 銀行 ○○ 支店		名義	ミヤザキナツミ		
	店番号	口座番号		※カタカナで記入			
	000	(普) 0000007					

注) 文部科学省共済組合・全国健康保険協会に加入の会員は本様式で請求してください。

注) 公立学校共済組合・地方公務員共済組合に加入の会員は自動給付になりますので、本様式での請求は必要はありません。

- ① 所属名／所属コード・氏名／職員番号を記入してください。（※ゴム印可）
- ② 受診者名・続柄・保険証の記号番号を記入の上、ひと月に支払った療養費が分かるように病院（診療科）毎、月毎に領収金額と医療費総点数を明記してください。医療機関証明欄に記入のないときは、医療費総点数が記載してある領収書（レシート不可）を添えてください。
- ③ 会員本人名義の送金口座を記入してください。