

療養補助金請求書

一般社団法人宮崎県教職員互助会理事長 様

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

会員氏名（診療を受けた方）		会員番号及び区分		年号	生年月日		
		—		明 治 大 正 昭 和	年	月	日
電話番号（請求内容について、日中連絡がとれる番号）		—		—			
健康 保 険 の 内 容	保 険 種 別 I		保 険 種 別 II		保険証の記号番号又は被保険者番号		
	① 公立学校共済（任継含む） ③ 国保・一般 ⑤ 私学事業団（任継含む） ⑥ 市町村共済（任継含む） （勤務先）		⑦ 全国健康保険協会（任継含む） （勤務先） ⑩ 後期高齢者 ⑪ 地方職員共済（任継含む） （勤務先）		⑧ 前期高齢者 （高齢受給者証）		本人・被扶養の別
							① 本 人 ② 被扶養
● 請求する会員と同じ健康保険に加入している人（会員以外も含む）が ① いる ② いない							
「① いる」の場合は、 その方の氏名と 生年月日を記入してください。➡							
氏名 (T S H 年 月 日生) (T S H 年 月 日生)							
● 身体障害者手帳 ① 有 () 級							
● 重度心身障害者医療費受給資格者証 ① 有 ② 無 ※手帳をお持ちの方は必ず記入してください。 ➡「① 有」の場合は有効期限を記入してください。（有効期限： 年 月 日から 年 月 日まで）							
● 減額認定証がある場合は○を付けてください。 ➡ 減額認定証 有 ※ 減額認定証は市町村民税がかからない非課税世帯の方が対象になります。詳しくは、市町村の窓口でおたずねください。 「有」の場合 70歳以上の方は、適用区分のⅠかⅡに○を付けてください。 ➡ (Ⅰ ・ Ⅱ)							
事務局記入欄		70歳以上 ①一定以上 ②一般 ③低Ⅱ ④低Ⅰ		70歳未満 ⑧上位ア ⑨上位イ ⑥一般ウ ⑩一般エ ⑪低所得オ			

医療機関領収及び明細書

療養者氏名

診療科

- | | | |
|---------------------------|---------|----------|
| 1. 内・胃腸
(放射線科・循環器科を含む) | 4. 泌尿 | 9. 歯 |
| 2. 外・整外
(脳神経外科を含む) | 5. 婦人 | 10. 調剤薬局 |
| 3. 皮膚 | 6. 眼 | 11. 整骨 |
| | 7. 耳鼻咽喉 | 12. その他 |
| | 8. 精神 | |

(上記診療科の番号を記入してください。)

診療月	診療科 の番号	該当に ○ 印	領収金額	医療費総点数 (保険点数)
令和 年 月		外来 入院	円	点
令和 年 月		外来 入院	円	点
令和 年 月		外来 入院	円	点
令和 年 月		外来 入院	円	点
令和 年 月		外来 入院	円	点
令和 年 月		外来 入院	円	点

年 月 日

住 所

医療機関名

印

医療機関へのお願い

この請求書は、宮崎県内の教育関係者が資金を出し合い、療養にかかる医療保険適用分の自己負担について、給付を受けるためのものです。本人の申請があった場合は左記の「医療機関領収及び明細書」欄の記入をお願いします。

- 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。
- レセプトごとに、領収金額、医療費総点数等を記入してください。
整骨院は医療費総点数のかわりに医療費総額を記入してください。

備 考

入力件数 件

枚

・請求書の該当する部分の必ず書いてください。コピーして使用することもできます。ただし大きさは変えないでください。（白黒可）

・個人情報については、教職員互助会の業務に限り使用いたします。