

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	事務局記入欄	
	年 月	円	点	給付額	備考
	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。			医療機関へのお願い		
令和 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					
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	担当