

一 病気や災害のとき 一

○会員やその家族が、疾病又は負傷により医療機関で治療を受けたとき

【 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。
受診者により、本人・家族のいずれかに✓を入れてください。

☒ 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			
		○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。			
		○年 10月	4,500 円	1,500 点				
		○年 12月	2,550 円	850 点				
		○年 1月	2,700 円	900 点				
年 月	円	点						
上記のとおり領収しました。 令和 ○年 2月 1日 医療機関名 互助会内科医院					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 ☐ 領収書(レシート不可)又は医療費のお知らせの写し ☒ 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 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 ※カタカナで記入	ミヤザキナツミ		
		店 番 号	口 座 番 号					
		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。