

療養給付金・入院療養補助金請求書

下記のとおりに療養を受けましたので請求します。提出日 年 月 日 (一財) 福井県教職員互助会理事長 様

退職会員 番号						郵便番号	〒 —									
フリガナ						住 所										
退職会員 氏 名																
年 齢 生年月日	歳 大・昭 年 月 日生					電 話	() —									
以下に該当する方は番号に○を付けて、()に記入してください。																
1 身 体 障 害 者 手 帳 (級)																
2 精神障害者保健福祉手帳 (級)																
3 70 歳未満住民税非課税世帯																
4 70 歳以上住民税非課税世帯 限度額適用認定証の適用区分 (I ・ II)																
振 込 先 を 変更する方	銀行コード					支店コード				口座 番号						
	銀 行 名					支 店 名										

【 医 療 証 明 書 】

恐縮ですが、上記療養者の診療についてレセプト単位でお教えください。入院時食事療養費等や介護保険の費用は含まないでください。

診 療 報 酬 内 訳 (健康保険法適用分のみ)				★調剤薬局では、処方箋を発行した医療機関ごとに分けてください。			
療 養 者 氏 名		様		負 担 割 合		1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ・ その他(割)	
A	後 期 高 齢 者	E	地方職員共済組合 (現職・任継) (本人・被扶養者)				
B	国 民 健 康 保 険	F	市町村職員共済組合 (現職・任継) (本人・被扶養者)				
C	全国健康保険協会 (本人・被扶養者)	G	私学振興共済事業団 (現職・任継) (本人・被扶養者)				
D	公立学校共済組合 (現職・任継) (本人・被扶養者)	H	その他の健康保険名 (現職・任継) (本人・被扶養者) []				
受 診 年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
レセプト種別 ○をつけてください 調剤(処方箋発行元名)	医科(外・入)／歯科(外・入) 訪問看護 調剤()	医科(外・入)／歯科(外・入) 訪問看護 調剤()	医科(外・入)／歯科(外・入) 訪問看護 調剤()	医科(外・入)／歯科(外・入) 訪問看護 調剤()	医科(外・入)／歯科(外・入) 訪問看護 調剤()	医科(外・入)／歯科(外・入) 訪問看護 調剤()	医科(外・入)／歯科(外・入) 訪問看護 調剤()
療 養 費 総 点 数	点	点	点	点	点	点	点
指 定 難 病 等 の 自 己 負 担 限 度	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
受 診 者 負 担 額 (保 険 適 用 分)	円	円	円	円	円	円	円
入 院 日 数	日～ 日(日間)	日～ 日(日間)	日～ 日(日間)	日～ 日(日間)	日～ 日(日間)	日～ 日(日間)	日～ 日(日間)

上記のとおり証明します。 年 月 日

所 在 地

医療機関名

代表者氏名 印

電 話 (担当者:)