

療養給付金・入院療養補助金請求書

下記のとおり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) | 該当する場合 | 重度障害者医療費受給者証 (有・無) |
| 2 精神障害者保健福祉手帳 (級) | | 交付年月日 (年 月 日) |
| 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
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()
療養費総点数	点	点	点	点
指定難病等の 自己負担限度	有・無	有・無	有・無	有・無
受診者負担額 (保険適用分)	円	円	円	円
入院日数	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:)