

療養費補助金請求書

決定額

※

円

会員番号	9000099	所属所番号	99501
会員氏名	互助 花子	所属所名	自己負担額（保険外費用は除く）を記入してください。（医薬分業により医療機関と薬局で発行された領収書については合算）
療養者氏名	互助 花子	性別・続柄	
本請求の 受診期間	自 R3年 8月 3日 至 R3年 8月 11日	療養に要した 費用	4,590円
本傷病の 請求回数	1回	請求金額	1,500円
備考	療養に要した費用から3,000円を控除して 得た額を100円未満の端数を切り捨てして 記入してください。（上限額2,000円）		
上記のとおり請求します。			
年 月 日			
一般財団法人愛媛県教職員互助会理事長 様			
郵便番号（79△-△△△△）			
請求者			
住 所 松山市〇〇町〇丁目〇番地			
フリ ガナ ゴジョ ハナコ 氏 名 互助 花子			

- 注 1 医療費の領収書を添えてください。
2 ※印欄は、記入しないでください。

※療養費補助金請求書作成するにあたっての注意点

- ・1ヵ月単位
- ・本人、家族は別で請求書を作成
- ・医療機関別（総合病院の場合、医科・歯科は別）
- ・同月に同じ医療機関で入院、外来で診療を受けている場合、入院、外来別に請求書を作成
- ・医薬分業により医療機関と薬局で発行された領収書については合わせて請求