

# 療 養 費 ( 本 人 ) 請 求 書

## 家 族 療 養 費 ( 被 扶 養 者 )

一般財団法人長崎県教職員互助組合理事長 様

下記のとおり請求します。

	請求日	年	月	日
所属名			請求金額	円
組合員番号	0	-	氏名	

医療機関の証明を受ける場合は、以下の記入欄について医療機関へ記入を依頼してください。  
 領収書を添付して請求する場合は、以下の記入欄(医療機関証明欄を除く)にご自身で記入してください。  
 保険適用外の診療分は給付の対象外です。領収額から除いて記入してください。  
 添付書類や事業内容等は裏面を参照してください。

医療機関領収欄	療養者氏名				療養者続柄	
	社会保険名 (☑)	<input type="checkbox"/> 全国健康保険協会管掌健康保険 <input type="checkbox"/> 市町共済組合 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ (                      )			区 分 (☑)	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族
	診療年月	区分 (☑)	一部負担 金額(※)	医療費 総点数	公費負担 点数	給付決定額 (互助組合記入欄)
	年 月 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	円	点	点	円
	年 月 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	円	点	点	円
	年 月 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	円	点	点	円
	年 月 分	<input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 外来	円	点	点	円
医療機関証明欄	上記のとおり、相違ないことを証明する。					合計
	年 月 日				円	
	医療機関名				印	
	氏 名					

医療機関へのお願い

1. 保険診療による自己負担金のみ記入してください。
2. レセプトごと(月別・入院外来別)に記入

※保険診療による自己負担金を記入。保険適用外の負担(個室使用料、差額ベッド代、文書料など)を除く。

(提出不要ページ)

添付書類	<p>以下のいずれかの方法によって請求してください。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・ 請求書の「医療機関証明欄」に医療機関(薬局を含む)の証明を受ける。</li><li>・ 医療機関(薬局を含む)の発行する領収書(保険診療であることが確認できるもの)を添付する。</li></ul>
------	---

事業名	事業内容	算定方法
療養費(本人)	組合員が疾病も若しくは負傷によって医療機関で診察を受けたとき給付します。	公立学校共済組合で給付されない額から2,500円を控除した額の65%
家族療養費(被扶養者)	組合員の扶養家族が疾病若しくは負傷によって医療機関で診察を受けたとき給付します。	公立学校共済組合で給付されない額から4,000円を控除した額の65%

請求書提出先 / お問い合わせ先	
〒850-8566 長崎市尾上町3番1号 県教育庁福利厚生室内	一般財団法人長崎県教職員互助組合 宛 TEL:095-824-4721