

通院費 請求書

受付

〇〇.〇〇.〇〇

〇〇小学校

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	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日			
所属名	〇〇市立〇〇小学校					請求金額	9,000 円				
組合員番号	0	1	2	3	4	5	-	6			
氏名	互助 太郎										
現住所	〇〇市〇〇町〇〇番地				現住所の 小学校区 及び へき地級地	所属コード	1	2	3	4	5
					〇〇	小学校 (分校)	3	級地			

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。
証明を受けた後、組合員自身で追記しないでください。
 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。
 添付書類等は裏面を参照ください。**島外への通院は別途、必要な添付書類があります。**

療養者名	上記、氏名に同じ						通院日数	9	日					
通院年月日	〇〇	年	4	月	5	日	12	日	19	日	26	日	日	日
	〇〇	年	5	月	1	日	8	日	15	日	日	日	日	日
	〇〇	年	6	月	13	日	20	日	日	日	日	日	日	日
		年	月		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
		年	月		日	日	日	日	日	日	日	日	日	日
医療機関証明欄	上記のとおり、相違ないことを証明する。 〇〇年〇〇月〇〇日 医療機関名 医療法人〇〇病院 氏名 〇〇 〇〇											印		
健康診断(相談)、人間ドック、妊産婦健診、予防接種等の 保険適用外の診療は通院費の対象外 になりますので上記通院日から除いてください。														

給付額算定(※)	へき地3級地	1,000	円	×	9	日	=	9,000	円
	へき地4級地	1,500	円	×		日	=		円
	へき地5級地	2,000	円	×		日	=		円
	島外への通院	3,000	円	×		日	=		円

※該当級地は、現住所の小學校区のへき地級地で記入してください。

(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">・ 請求書の「医療機関証明欄」に医療機関の証明を受ける。・ 医療機関の発行する領収書を添付する。 <p>また、島外への通院の場合、以下の書類を必ず添付してください。</p> <ul style="list-style-type: none">・ 利用交通機関が発行する領収書(利用した日の記載がある往復の領収書や航空機の搭乗券の控えでも可)
------	--

事業名	事業内容	算 定 方 法								
通 院 費	<p>へき地3級地以上の学校等に勤務しかつ同地域に居住し通院したとき給付します。</p> <p>定期運行の交通料金が1,000円未満の場合は給付対象外です。</p> <p>一日一通院のみ対象です。</p>	<table><tr><td>3級地</td><td>1,000円</td></tr><tr><td>4級地</td><td>1,500円</td></tr><tr><td>5級地</td><td>2,000円</td></tr><tr><td>島外</td><td>3,000円</td></tr></table>	3級地	1,000円	4級地	1,500円	5級地	2,000円	島外	3,000円
3級地	1,000円									
4級地	1,500円									
5級地	2,000円									
島外	3,000円									

請 求 書 提 出 先 / お 問 合 せ 先	
〒850-8566 長崎市尾上町3番1号 県教育庁福利厚生室内	TEL:095-824-4721
一般財団法人長崎県教職員互助組合 宛	