

(プロパー職員用)

会 員 族 療養費請求書

令和 年 月 日

一般財団法人 山口県教職員互助会理事長 様

会員(請求者)氏名

下記のとおり請求します。

記

決定金額	※ 年 月分 円	※ 年 月分 円
所属コード	所 属 名	
職員番号	療 養 者 氏 名	続柄
氏 名	生年月日	昭和・平成 年 月 日

上記の記載事項は事実と相違ないものと認めます。

令和 年 月 日

所 在 地
所 属 名
所属長職氏名
(電話 - -)

診療報酬内訳書 (健康保険法適用分のみ)

医 療 機 関 名	加入保険者名
療 養 者 氏 名	記号・番号
区分 年月	令和 年 月分 (外来・入院) 令和 年 月分 (外来・入院)
医 療 費 総 点 数	点 点
患 者 負 担 割 合	割 割
法定給付(保険者負担)	円 円

上記のとおり証明します。

令和 年 月 日

保 険 者 又 は
医 療 機 関

印

【 注意事項 】

- (1) ※印の欄は記入しないこと。
- (2) この請求書は、1枚で同一病院・同一薬局であれば、2か月分(または2つの科)の記入ができる。
- (3) 療養費総点数又は総医療費(保険適用分)が記入してある領収書を添付すれば証明は省略できる。
- (4) 家族療養費の療養者は、会員の被扶養者であること。
この場合、各年度の最初の請求時に家族の「保険証(写)」を添付すること。