

(プロパー職員用)

会 員 家 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

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 】

- ※印の欄は記入しないこと。
- この請求書1枚で、同一病院・同一薬局の2か月分（または2つの科）の記入ができます。
- 療養費総点数又は総医療費（保険適用分）の記入がある領収書（写）を添付すれば「診療報酬内訳書」の証明は省略できます。
- 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。
- 届出口座を変更した場合は、必ず、互助会に連絡のこと。口座解約や名義相違等により再振込となった際、手数料をご負担いただく場合があります。