

家 族 医 療 補 助 金 請 求 書

請 求 金 額	一 金 円	被 保 険 者 証 記 号 番 号	
医 療 を 受 け た 者 の 氏 名	(T・S・H 年 月 日生)	会 員 と の 続 柄	
		扶 養 認 定	有 ・ 無
平成 年 月 分	外 来 ・ 入 院	家 族 支 払 額	金 円
平成 年 月 分	外 来 ・ 入 院		金 円
平成 年 月 分	外 来 ・ 入 院		金 円
平成 年 月 分	外 来 ・ 入 院		金 円

上記のとおり医療証明書を添えて請求します。

平成 年 月 日

所 属 _____

職 _____ 氏 名 _____ ⑩

財団法人

福井県教職員互助会理事長 様

<p>証 明 書</p> <p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>所 属 名 _____</p> <p>所属長名 _____</p> <div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 2px 10px;">職 印</div>	<p>互助会受付印</p>
---	---------------

振 込 銀行名	福井銀行		本 支 店		口 座 番 号					預 金 者 名 義		
	銀 行 コード	0147	支 店 コード								フリガナ	

※公立学校共済組合員は自動給付ですので、この請求書は使わないでください。

- 備 考
1. この請求書には、様式第1号の2の医療証明書を添付してください。
 2. 被扶養者が疾病または負傷によって医療を受けたとき請求することができます。(ただし、保険診療に限ります。)
 3. 請求は医療機関別、月別、外来・入院別に行ってください。医薬分業の処方箋による薬の分は別に請求してください。(この場合は薬局で証明を受けてください。)
 4. 文部科学省共済組合、市町村共済組合など一部負担金の払戻しがある場合は、その足切額から※6,000円および100円未満の額を控除した額が給付されます。
 5. 社会保険に加入している場合は、社会保険の自己負担限度額から※6,000円および100円未満の額を控除した額が給付されます。
 6. 振込銀行は必ず請求者本人の口座を書いてください。

医 療 証 明 書				
受診者氏名			被 保 険 者 証 記 号 番 号	
			証 明 料 (保 険 外)	円
受診年月別	年 月分	年 月分	年 月分	年 月分
該 当 に ○ を つ け て く だ さ い	外 来 ・ 入 院	外 来 ・ 入 院	外 来 ・ 入 院	外 来 ・ 入 院
療 養 費 総 点 数	点	点	点	点
特 定 疾 患 等 に よ る 自 己 負 担 限 度	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
受 診 者 負 担 額	円	円	円	円
入 院 日 数	__ 日 ~ __ 日 まで __ 日 間	__ 日 ~ __ 日 まで __ 日 間	__ 日 ~ __ 日 まで __ 日 間	__ 日 ~ __ 日 まで __ 日 間
<p>上記のとおり相違ないことを証明する。</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>医療機関名</p> <p>代表者氏名 Ⓜ</p>				

医療機関へのお願い

1. 診療報酬明細書(レセプト)別に総医療点数と受診者負担額をお教えください。
2. 保険診療の対象外の金額は除外してください。ただし、この証明書の発行に手数料がかかる場合は、証明料欄に金額を記入してください。