

療養給付金・入院療養補助金請求書

下記のとおり療養を受けましたので請求します。

提出日 年 月 日
(一財) 福井県教職員互助会理事長 様

退職会員番号		郵便番号	〒 —											
フリガナ			住 所											
退職会員氏名														
生年月日 年 月 日 年 齢	大・昭 年 月 日生 (歳)	電 話	() —											
以下に該当する方は番号に○を付けて、()に記入してください。														
1 身体障害者手帳 (級) 2 精神障害者保健福祉手帳 (級) 3 70歳未満住民税非課税世帯 4 70歳以上住民税非課税世帯 限度額適用認定証の適用区分 (I ・ II)														
該当する場合 → 重度障害者医療受給者証 (有 ・ 無) 交付年月日 (年 月 日)														
振込先を 変更する方	銀行コード				支店コード				口座番号					
	銀行名				支店名									

【 医 療 証 明 書 】

ご多忙のところ恐縮ですが、上記療養者の診療内訳で次のことを「レセプト単位」でお教えてください。なお、入院時食事療養費、介護保険の費用は含まないでください。

診療報酬内訳 (健康保険法適用分のみ)					★調剤薬局では、処方箋を発行した医療機関ごとに分けてください。					
療養者氏名 様					負担割合 1割・2割・3割・その他(割)					
A	後期高齢者				E	地方職員共済組合 (現職・任継) (本人・被扶養者)				
B	国民健康保険				F	市町村職員共済組合 (現職・任継) (本人・被扶養者)				
C	全国健康保険協会 (本人・被扶養者)				G	私学振興共済事業団 (現職・任継) (本人・被扶養者)				
D	公立学校共済組合 (現職・任継) (本人・被扶養者)				H	その他の健康保険名 (現職・任継) (本人・被扶養者) []				
受診年月	年 月		年 月		年 月		年 月		年 月	
レセプト種別	医科(外・入)／歯科(外・入)		医科(外・入)／歯科(外・入)		医科(外・入)／歯科(外・入)		医科(外・入)／歯科(外・入)		医科(外・入)／歯科(外・入)	
○をつけてください	訪問看護		訪問看護		訪問看護		訪問看護		訪問看護	
調剤(処方箋発行元名)	調剤()		調剤()		調剤()		調剤()		調剤()	
療養費総点数	点		点		点		点		点	
自己負担限度	有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無		有 ・ 無	
受診者負担額	円		円		円		円		円	
入院日数	日～ 日(日間)		日～ 日(日間)		日～ 日(日間)		日～ 日(日間)		日～ 日(日間)	

上記のとおり証明します。 年 月 日

所在地

医療機関名

代表者氏名 (印)

電話