

<b>家族医療補助金請求書</b>										
被保険者証記号番号										
医療を受けた者の氏名			(続柄 ) ( 年 月 日生まれ)							
受 診 年 月	年 月		年 月		年 月		年 月			
入院・外来別	外 来 入院 ( 日)		外 来 入院 ( 日)		外 来 入院 ( 日)		外 来 入院 ( 日)			
本 人 支 払 額	円		円		円		円			
補助金決定額	※ 円		※ 円		※ 円		※ 円			
<p>上記のとおり医療証明書を添えて請求します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>所属 _____</p> <p>職 _____ 氏名 _____ ⑩</p> <p>一般財団法人福井県教職員互助会理事長 様</p>										
証 明 書								互助会受付印		
<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; width: 50px; height: 20px; margin-left: auto; margin-right: auto; text-align: center; padding: 2px;">職 印</div>										
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		

**(注意) 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. 会員の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9,000円を控除した額の60%(100円未満切捨て)が給付されます。
  5. 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	年 月	年 月	年 月	年 月	年 月
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	外来・入院
療養費総点数	点	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	有 ・ 無
受診者負担額	円	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	____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 style="text-align: center;">平成 年 月 日</p> <p style="text-align: center;">医療機関名</p> <p style="text-align: center;">代表者氏名 <span style="float: right;">㊟</span></p>					

## 医療機関へのお願い

1. 診療(調剤)報酬明細書単位で総医療点数と受診者負担額をお教えてください。
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。