

療養補助金請求書

※ 整理番号

退職加入年度 年度	(一財)兵庫県学校厚生会理事長様 下記のとおり請求します。	請求年月日(西暦) 2 0 年 月 日
--------------	----------------------------------	------------------------

会員番号	会員名(フリガナ)	※自署が難しい場合は、 名前を記入し押印して ください。
A	(自署)	

住所 〒	日中連絡先 () -
	電話 () -

療養者	会員 〇〇 療養者(フリガナ) _____	療養者 大正 [年齢 歳]
	配偶者 〇〇 名前 _____	生年月日 昭和 年 月 日

加入健康保険 (該当番号に〇印を つけてください。)	保険種類	負担割合	保険者番号	※備考 控除額 円
	40 国民健康保険	割	[]	
	32 私立学校共済組合	割	その他	
	34 公立学校共済組合(現職扶養)	割	○ 高齢受給者(70歳~74歳の方)	
	01 全国健康保険協会(協会けんぽ)	割	○ 老人医療等(69歳までの方で 負担割合が1割又は2割の方)	
	06 組合管掌保険 (名称)	割	区分	
39 後期高齢者医療(75歳以上の方)	割	① 被保険者 ② 被扶養者		

医療費の還付があった場合は送金通知や医療費の軽減を証明できるものを併せてお送りください。

医療機関で証明をもらう場合は、以下の枠内を記入してもらってください。

★自己負担額には自費および食事療養費を除いた額を記入してください。(※欄は記入しないでください)

請求書1枚につき最大12カ月	診療月(西暦)	医療点数	★自己負担額(保険分)	※給付決定額	区分	割合	※備考	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
	2 0 年 月					入院・外来	割	
合計	件							

医療機関証明	上記のとおり証明します。 年 月 日	※ 受付印
	医療機関所在地 医療機関名 (又は調剤薬局名) 電話 () -	

※ 精査	※ 審査	※ 資格審査	※ 領収書不要確認	日付 /	印
------	------	--------	-----------	------	---