

療養補助金請求書

下記のとおり請求します。

01 記入日 令和 年 月 日

一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様

請求書は、一医療機関ごと一薬局ごとに分けて、を記入してください。

会員番号					会員氏名					連絡先電話番号									
										() -									
療 養 者																			
① 本人					② 給付対象配偶者					明大昭		生年		月		日		障害認定	
																		級	

医療機関 (調剤薬局) 領収欄				厚生会処理欄			
診療年月	入院・外来の別		※ 総医療費 (点数×10円)	窓口一部負担金 (健康保険適用)			
平成 令和 年 月	① 入院 ② 外来			円			円
平成 令和 年 月	① 入院 ② 外来			円			円
平成 令和 年 月	① 入院 ② 外来			円			円
平成 令和 年 月	① 入院 ② 外来			円			円
平成 令和 年 月	① 入院 ② 外来			円			円
平成 令和 年 月	① 入院 ② 外来			円			円

※ _____ 様の医療費について、上記のとおり領収しました。

年 月 日 (所在地)

(医療機関・調剤薬局名) (印)

(電話番号)

医療機関(調剤薬局)へのお願い

本会会員(元教職員)への給付に必要なものです。ご面倒をおかけ致しますが、療養者氏名及び医療保険内容が確認できない領収書や、領収書を紛失した場合等のご記入に特段のご協力をお願いします。

- ・太枠内をご記入のうえ、証印してください。 ※「受診者名」「総医療費」は必ずご記入ください。
- ・同月に入院・外来があるときは、[行]を変えてご記入ください。

<厚生会処理欄> 下記には記入しないでください。

審査	備考

医療機関	負担割合	受付番号
	割	

一般財団法人 青森県教育厚生会 〒030-0823 青森市橋本一丁目2番25号 ☎(017)721-1311(事業課直通)

<請求用紙が必要な方は、下欄に住所氏名を記入してください>

2019.4

〒	—
住所	
氏名	様

(個人情報取扱) 記載された個人情報は、業務遂行上必要な範囲内で利用します。請求書の提出があった時点で同意があったものとします。