

療養補助金請求書

下記のとおり請求します。

01

平成 年 月 日

一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様

※ のみ記入してください。

会員番号	会員氏名	印	連絡先電話番号
	(フリガナ)	印	() -

療養者				
① 本人 ② 給付対象配偶者	生年	月	日	障害認定
	明 大 昭			級

病院・薬局領収欄				給付処理欄	
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 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
平成 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
平成 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
平成 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
平成 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
平成 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)

(医療機関名) 印

(電話番号)

医療機関へお願い [本会会員(元教職員)への給付に必要なものです。ご協力お願いします。]

- 領収書を発行する場合は記入の必要はありません。
- 二重線枠内をご記入のうえ証印してください。※「総医療費」もご記入ください。
- 同じ月内に入院と外来がある場合は、入院に一行、外来に一行を使ってご記入ください。

<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>

2017. 4DL

住所	氏名	様

(個人情報の取扱いについて) 請求書に記載された個人情報は、給付に必要な業務を遂行するために使用します。それ以外の目的には使用しません。

