



所属所受付印

※ 原 票		※ 診療報 酬明細	
照合済		照合済	

療 養 費
家 族 療 養 費
高 額 療 養 費
一部負担金払戻金
家族療養費附加金
医 療 費 補 助 金
入 院 補 助 金

請 求 書

※ 決 定 額	療 養 費	円
	家 族 療 養 費	円
	高 額 療 養 費	円
	一部負担金払戻金	円
	家族療養費附加金	円
	医 療 補 助 金	円
	入 院 補 助 金	円

所 属 所 コ ー ド		所 属 所 名			
組 合 員 記 号 番 号	公立秋	組 合 員 氏 名			
療 養 者 氏 名		生 年 月 日	年	月	日
傷 病 名		傷病の原因			
初 診 年 月 日	令和 年 月 日	医療機関又は 薬局名及びその住所	保険医療機関 保険薬局、その他		
療 養 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで	療養に要した費用		請 求 金 額	
療養費申請の理由					
どちらかにチェック→ 公金受取口座を ☐ 利用する ☐ 利用しない ※ 互助会の補助金は公金受取口座ではなく、指定振込口座へ振り込まれます。					
上記のとおり請求します。 公立学校共済組合秋田支部長 様 秋田県教育関係職員互助会理事長 令和 年 月 日 住所 請求者 フリガナ 氏 名					
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。 令和 年 月 日 〒 (電話番号) 所 属 所 所 在 地 所 属 所 名 所 属 所 長 職 氏 名					

職印

- 1 「療養費申請の理由」は詳細に記入してください。
- 2 ※印欄は記入しないでください。
- 3 請求者氏名には必ずフリガナを付してください。