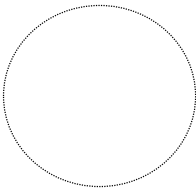


他の保険者の保険証を使用
し医療費を返還した場合



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 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	〇〇〇〇〇	所属所名	〇〇 市立 〇〇 学校
組 合 員 記 号 番 号	公立秋 〇〇〇〇〇	組 合 員 氏 名	〇〇 〇〇
療 養 者 氏 名	〇〇 〇〇	生 年 月 日	昭和〇〇年 〇月 〇日
傷 病 名	急性気管支炎	傷病の原因	かぜのため
初 診 年 月 日	令和〇〇年 〇月 〇日	医療機関又は 薬局名及び その住所	〇〇市〇〇町 〇〇病院 保険医療機関 保険薬局、 その他
療 養 期 間	令和〇〇年 〇月 〇日 から 令和〇〇年 〇月 〇日 まで	療養に要し た 費 用	0,000 請 求 金 額 0,000

療養費申請の理由	他の保険者の保険証を使用してしまい、医療費を返還したため。
----------	-------------------------------

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 〇〇 年 〇月 〇日

請求者 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
フリガナ 〇〇〇〇 〇〇〇〇
氏 名 〇〇 〇〇

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇〇 年 〇月 〇日 〒000-0000（電話番号） 000-000-0000

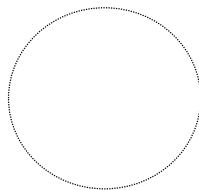
所属所所在地 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

所属所名 〇〇〇学校

所属所長職氏名 校長 〇〇 〇〇 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。

治療上必要な装具等の支給
を受けた場合



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 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	〇〇〇〇〇	所属所名	〇〇 市立 〇〇 学校		
組 合 員 記 号 番 号	公立秋 〇〇〇〇〇	組 合 員 氏 名	〇〇 〇〇		
療 養 者 氏 名	〇〇 〇〇	生 年 月 日	昭和〇〇年 〇月 〇日		
傷 病 名	右足関節外果骨折	傷病の原因	自宅で転倒したため		
初 診 年 月 日	令和〇〇年 〇月 〇日	医療機関又 医師の診断書等の日付け	〇〇市〇〇町 〇〇病院 保険医療機関 保険薬局、 その他		
療 養 期 間	令和〇〇年 〇月 〇日 から 令和 年 月 日 まで	療養に要し た 費 用	0,000	請 求 金 額	0,000
療養費申請の理由	治療用装具を購入したため	装具の金	装具の金額×0.7又は 0.8(自己負担額を除いた額)(端数切捨て)		

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 〇〇 年 〇月 〇日

請求者 住 所 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号
フリガナ 〇〇〇〇 〇〇〇〇
氏 名 〇〇 〇〇

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

令和 〇〇 年 〇月 〇日

〒000-0000（電話番号） 000-000-0000

所属所所在地 〇〇市〇〇町〇〇番〇〇号

所属所名 〇〇〇学校

所属所長職氏名 校長 〇〇 〇〇

職印

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