



所属所受付印

※原 票		※	
照合済		診療報 酬明細 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 証 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 額
組合員証を使用しなかった理由			
<p>どちらかにチェック→ 公金受取口座を <input type="checkbox"/> 利用する <input type="checkbox"/> 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。</p>			
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>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</p> <p style="text-align: right;">住所 請求者 フリガナ 氏 名</p>			
<p>上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。</p> <p>令和 年 月 日 千 一 (電話番号) 所 属 所 所 在 地 所 属 所 名 所 属 所 長 職 氏 名</p>			



- 1 「組合員証を使用しなかった理由」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。