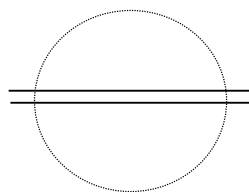


旅行中などで組合証等を持参しなかった場合



※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

所属所受付印

※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	昭和○○年 ○月 ○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○○年 ○月 ○日	医療機関又は 薬局名及びその住所	○○市○○町 ○○病院 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	0,000	請求額	0,000

組合員証を使用しなかった理由 旅行先に組合員証を持参しないまま受診したため

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 ○○ 年 ○月 ○日

請求者 住所 ○○市○○町○○番○○号
フリガナ ○○○○ ○○○○
氏名 ○○ ○○ 印

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

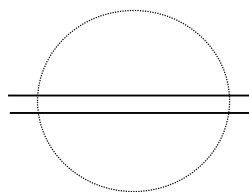
所属所名

所属所長職氏名

職印

- 「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。
- ※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。

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			所属所名		
組合員証 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	療養に要した費用	0,000	請求金額	0,000
組合員証を使用しなかった理由	治療用装具を購入したため		装具の金額	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 <input checked="" 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					

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 印

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

- 「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。
- ※印欄は記入しなでください。
- 請求者氏名には必ずフリガナを付してください。