

(様式第2号)

医療互助（医療見舞金）請求書

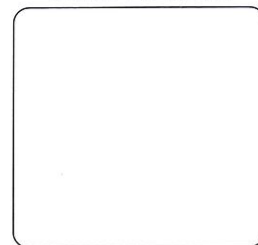
下記のとおり医療を受けましたので、医療見舞金を請求します。

〒950-8570

新潟市中央区新光町4番地1

一般財団法人新潟県教職員互助会理事長 様

互助会記入欄				
月分	決定金額			
総医療費				
円				
自己負担額				00
円				



(受領印)

請求者記入欄	医療互助会員番号						枝番	種類 健康 保険 に ○ 証 の 印	1. 国保		2. 協会けんぽ (全国健康保険協会)				
	氏名						(印) (自署の場合は押印省略可)		3. その他の健康保険 名称 ()						
	生年月日	昭和		年		月		日	<input type="checkbox"/> 本人 (被保険者)		<input type="checkbox"/> 家族 (被扶養者)				
	住所 (〒 -)								高額療養費に該当した場合 (○をつける)		所得区分 ア・イ・ウ・エ・オ (限度額適用認定証がある場合は写しを添付)				
	[提出の際、2枚目以降は住所・電話番号不要]								公費の適用がある場合 (○をつける)		県障 新障	県老 新老	県親 新親		
(日中連絡がとれる連絡先) 電話番号 - -								提出日	令和		年		月		日

領収書貼付欄

請求書作成上の注意 (以下の項目に不備があった場合、返却することがあります。)

- ◎ 請求書は診療月ごと、医療機関ごと、調剤薬局ごとに分けてください。
※ ただし、同一医療機関でも、外来と入院、歯科（口腔外科等含む）とそれ以外の科は分けてください。
- ◎ 領収書は、下記の①～④が明記されたものを貼付（コピー可・原本の返却不可）してください。①～④のいずれか一つでも明記されていない場合や領収書を貼付できない場合は、医療機関等にて裏面の診療報酬証明書欄に証明をもらってください。
 - ① 医療機関等名称
 - ② 受診（調剤）年月日
 - ③ 受診者名
 - ④ 診療内容（総医療費や自己負担額、保険点数等）
- ※ なお、証明に要する費用は医療見舞金の給付対象にはなりません。
- ◎ 領収書は、請求書左側の綴り穴を塞がないように、請求書と平行に貼付してください。また、領収書の内容が重なって見えなくならないように貼付してください。（領収書は折って構いません。）
- ◇ 治療用装具を作成した際の請求には、領収書の他に医師の意見書（コピー可）が必要です
- ◇ 請求書は診療月の翌月以降に提出してください。（溜めずに提出してください。）
例）× 7月中の受診分→7月末日までに請求書到着←一旦返戻させていただく場合があります
○ 7月中の受診分→8月1日以降請求書到着
- ◇ 請求済みの診療年月分について請求漏れがあった場合、追加請求はできません。また、月を遡っての請求はできません。

(注) 表面に領収書を貼付される場合は、下欄の診療(調剤)報酬証明書の記入は不要です。

医療機関等へのお願い

退職教職員の医療について見舞金の給付を行っています。お手数とは存じますが、下欄の証明書発行についてご協力をお願いいたします。(ボールペンで記入してください。)

診療報酬証明書発行にあたってのご注意

- ・健康保険適用分のみを記入してください。
- ・外来分と入院分は分けて発行してください。
- ・なお、入院分については備考欄に入院期間を記入してください。
- ・総合病院の場合は、医科と歯科は分けて発行してください。
- ・証明書の内容について不明な点があった場合には、問い合わせをすることがあります。

診療(調剤)報酬証明書				患者氏名				
外来 ・ 入院 <small>(どちらかに○印をしてください)</small>		医科 ・ 歯科 <small>(総合病院の場合どちらかに○印をしてください)</small>		<small>該当する場 合いずれか に○印をし てください</small>		<small>または</small> 県障 新障	<small>または</small> 県老 新老	<small>または</small> 県親 新親
診療(調剤)	年月	保険総点数(点または円)	自己負担額(保険分)円	負担率(○印)		備考(入院期間など)		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
平成 令和	年 月			3割	1割	その他		
合 計								

令和 年 月 日

所在地

医療機関等名称

代表者名

TEL (- -)

(印)