

(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	健康保険証の種類に○印の	1. 国保 2. 協会けんぽ (全国健康保険協会)			
			—		3. その他の健康保険 名称 ( )			
	氏名				<input type="checkbox"/> 本人(被保険者) <input type="checkbox"/> 家族(被扶養者) ※上記いずれかに <input checked="" type="checkbox"/>			
	生年月日	昭和	年		月	日		
	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) (公費名)		
[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 (記入する)	1. 難病 2. 県障・新障 3. 県老・新老 3. その他 ( ) (上記公費の自己負担限度額)			
(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

※別紙に添付又はコピーしたものをホチキス止め等で添付することも可

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明細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 受診者氏名  
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。
- ◎ 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。  
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。

