



家族療養費 医療給付金 請求書 (入院・通院)

決 定 額 ※			
療養者名前 (組合員又は被扶養者)		療養月	年 月分 (日から 日まで)
健康保険証番号		請求額	円
<p>上記のとおり請求します。</p> <p>一般財団法人 広島県教育職員互助組合 様</p> <p>年 月 日</p> <p>所 属 名</p> <p>組合員名前 印</p>			
<p><i>医療機関へお願い</i></p> <p>療養者の自己負担金の一部を、互助組合で給付するものです。 お手数とは存じますが、下記の診療報酬内訳欄についてご記入をお願いします。</p>			
診 療 報 酬 内 訳 (年 月分)			
療養費の保険点数	点	自己負担額	円
<p>年 月 日</p> <p>住 所</p> <p>保険医療機関名 印</p> <p>電 話 番 号 () -</p>			

- ・ ※欄は記入しないでください。
- ・ 領収書（保険適用分の確認できるもの）を貼付される場合は、保険医療機関等の証明は不要です。
- ・ 領収書は、原本（コピー不可）を添付してください。（レシートは不可）