



家族療養費  
医療給付金 請求書（入院・通院）

| 決 定 額 ※  |   |       |                    |
|--|---|-------|--------------------|
| 療 養 者 氏 名<br>(組合員又は被扶養者)   |   | 療 養 月 | 年 月分<br>( 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理事長 様</p> <p>年 月 日</p> <p>所 属 名</p> <p>組合員氏名 <span style="float: right;">印</span></p> |   |       |                    |
| <p>医療機関へお願い</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。</p> <p>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 <span style="float: right;">印</span></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）