

医療補助金請求書

(令和 ○ 年 4 月分)

現職会員	受診者区分	受診者	(氏名) 愛媛 太郎 (性別) 男・女	決定金額
番号 ○○○第 59001 号	① 本人	健	(生年月日) S ○ 年 ○ 月 ○ 日 (○ 歳)	※ (互助会記入欄)
氏名 愛媛 太郎	2 被扶養者	保		円
受診者の加入医療保険制度 (使用した保険)	公立学校 共済組合 (① 本人 2 家族)	共済組合 (1 本人 2 家族)	その他 (1 本人 2 家族)	被保険者証の名称
				公立学校共済組合愛媛支部
受診年月	令和 ○ 年 4 月	保険医療機関名 又は保険薬局名	○○病院	受診区分
				入院・外来 歯科・調剤
受診科 (該当受診科の番号を○印で囲んでください。)	① 内科	8 精神科	15 放射線科	22 性病科
	2 循環器科	9 眼科	16 理学診療科	23 麻酔科
	3 消化器科	10 耳鼻咽喉科	17 小児科	24 神経内科
	4 泌尿器科	11 歯科	18 胃腸科	25 神経科
	5 外科	12 調剤	19 皮膚泌尿器科	26 脳神経外科
	6 整形外科	13 補装具	20 皮膚科	27 その他
	7 婦人科	14 呼吸器科	21 肛門科	()
自己負担額 (保険適用分)				
53,000 円				
請求額				
12,000 円				
上記のとおり請求いたします。				
一般財団法人愛媛県市町村職員互助会会長 様				
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
請求者 (現職会員) 愛媛 太郎				
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。				
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
所属所長 職名 ○○○市長				
氏名 ○○○ ○○○				
第 号				
04-01-01				
○○○市受付				
※ 医療補助金請求書には、領収書(受診者氏名、受診年月日、医療機関名、受診科、受診区分及び保険適用分の自己負担額の分かるもの)を添付してください。ただし、領収書が添付できないときは、受診した医療機関で右欄「診療報酬領収済証明書」に証明を受けてください。	「診療報酬領収済証明書」 (令和 ○ 年 4 月分)			
	受診者氏名	愛媛 太郎	診療区分	入院 外来 歯科・調剤
	診療科	内科	診療区分	
	外来治療年月日	令和 ○ 年 4 月 1 日 ~ 25 日 (10 日)		
	入院治療年月日	年 月 日 ~ 日 (日間)		
	調剤年月日	年 月 日 ~ 日 (回)		
	受診者負担額 (保険適用分)	53,000 円		
上記のとおり領収したことを証明いたします。				
令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日				
医療機関等 住所 松山市三番町5丁目13番地1				
名称 (医師名) ○ ○ ○ ○ ○ (印)				

- (注) 1 愛媛県市町村職員共済組合の組合員証を提示して診療を受けた現職会員及びその被扶養者は、請求書を提出する必要はありません。
- 2 診療を受けた月ごとに請求してください。
- 3 同じ月に医療機関を異にして診療を受けたときは、医療機関ごとに請求してください。
- 4 同じ月に入院及び外来による診療があるときは、入院、外来ごとに請求してください。
- 5 医療機関と保険薬局が区分されているときは、医療機関・保険薬局 (医療機関の処方箋によるもの) の領収書を添付してください。
- 6 室料差額等の保険適用外のもの、食事療養標準負担額及び定額負担は、支給の対象とはなりません。
- 7 「高額療養費支給決定通知書 (写し)」又は「限度額適用認定証 (写し)」若しくは「限度額適用・標準負担額減額認定証 (写し)」を添付する場合は、保険者番号及び被保険者等記号・番号をマスキングしてください。
- 8 領収書及び証明書の内容に疑義がある場合は、当該医療機関等若しくは請求者に内容確認を行います。