

療 養 費 請 求 書

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

種別 No.	¹	²	整理 No.	⁶	¹¹
	01				

請求年月日 平成 年 月 日

(様式第三号)

用紙は原本です。請求書はコピーしてお使いください。

受 診 者 記 入 欄 (該当項目に○をつけてください)	平成 年 月 受診分を請求します。											
	同月請求する配偶者 (有・無) → 無の場合、配偶者の状況に○印 < 退職組合員 非組合員 無 >											
	組合員番号	13							20	57 加入している健康保険の番号と本人・世帯主および被扶・家族を○で囲む 58		
	フリガナ	氏			名				印	1 国民健康保険	世帯主 家族 6 私学共済(現職) 本人 被扶	
	氏 名									2 後期高齢者医療	本人 被扶 7 静岡県市町村共済 本人 被扶	
	連絡先 電話番号	-				-					3 協会けんぽ	本人 被扶 8 地方職員共済 本人 被扶
	生年月日	26 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成				32					4 公立共済(任継)	本人 被扶 9 その他の共済健保 本人 被扶
	加入年月	3 昭和				年 月 加入					5 私学共済(任継)	本人 被扶 10 企業の健康保険 本人 被扶
		4 平成									6~8の方は勤務先・電話番号を、9~10の方は健保名称・電話番号を記入 <勤務先または健保名称>	
		<電話番号 - - >										
	10の方は、附加金制度の有無に○印 < 有・無 > (4~9の方は、附加金制度があります。)											
	※ 前回と受取口座を変更した場合は、通帳のコピーを添付											
	給付金受取口座 (普通預金)	銀行 番号					支店 番号				※ 高額療養費、助成金、附加金等の支給を受けた場合は、 「支給決定通知書」等のコピーを添付	
		銀行 信用金庫 労働金庫 農 協				支店				療養費の自己負担割合を○で囲む【 ⁵⁹ 1 割 ・ 2 割 ・ 3 割 ⁶⁰ 】		
		口 座 番 号				口座名義(フリガナ)				＜69歳以下の方＞		
										適用区分のいずれかを○で囲む【 ⁶¹ ア・イ・ウ・エ・オ ⁶² 】		
										自己負担額が21,000円以上の場合は『限度額適用認定証』の コピーを添付		
	65 各種受給者証をお持ちの方は、該当の番号に○印を付け、コピーを添付 66											
	1 重度心身障害者医療費助成金受給者証 (身障者手帳 級・精神障害者保健福祉手帳 級)											
	2 特定医療費(指定難病)受給者証 特定疾患医療費受給者証											
	3 特定疾病療養受療証											
	4 肝炎治療受給者証 5 自立支援医療受給者証											
	＜70歳以上で自己負担割合が 1 割 ・ 2 割 の方＞											
	適用区分のいずれかを○で囲む【 ⁶³ 一般 ・ 区分Ⅱ ・ 区分Ⅰ ⁶⁴ 】 (所得区分)											
	※ 非課税世帯の方が区分Ⅱ(低Ⅱ)・区分Ⅰ(低Ⅰ)に該当します。											
	区分Ⅱ・区分Ⅰの方は『限度額適用・標準負担額減額認定証』のコピーを添付											
	・ 70~74歳…『高齢受給者証』のコピーを添付											
	・ 75歳以上…『後期高齢者医療被保険者証』のコピーを添付											

これより下は、記入しないでください。

受診年月 ²¹ 平成 年 月分 ²⁵ 保険適用自己負担額												算 定					
医 療 機 関 名 (診療科名)		外 来 (円)		入 院 (円)		院外処方(円)		高額・附加(円)									
1										(ア) 給付対象額							
2										(イ) 控除件数							
3										(ウ) 控除額							
4																	
5																	
備 考 欄											合計額 (ア)-(ウ) ³³				39		
											県事務局調査印		支部調査印				
裁 定 欄	給 付 額 (円)					⁵⁴ 高 額		世帯合算				支 部 受 付	⁴⁷	53			
	⁴⁰					⁴⁶ ⁶⁷	1 回	2 回	3 回	多数回	⁶⁸	有・無					
0 0																	

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

※ 請求書は、診療月ごとに領収書をまとめて、1か月1枚です。
※ 必要書類は受診年月に該当するものを添付してください。
※ 請求書は所属支部へ提出してください。