

家族療養費 請求書

(家族用)

決定額	※	係	※
	円		

令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日				所属長職印		
一般財団法人茨城県教職員互助会理事長 殿				茨城教育 団体会長 之印		
下記のとおりに請求します。						
所属所名		茨城教育団体会				
所属コード		900999				
金 1,100 円也		氏名		笠原 次郎		
		職員番号		980080		
家族療養者	氏名		笠原 幸子		本人との続柄	長女
	性別		生年月日			
	男 ・ 女		昭和 平成 令和 ○○ 年 ○○ 月 ○○ 日			
診療証明願						
保険医療機関殿						
一般財団法人茨城県教職員互助会理事長						
この証明書は、茨城県教職員互助会の上記会員の被扶養者の受診に際し、保険適用医療費の自己負担額を本会が給付するためのものです。下記事項の記入について特段のご協力をお願い申し上げます。						
診療年月	令和 ○○ 年 ○○ 月					
医療機関	病院名 ○○市民病院			保険調剤 薬局名		
通院・入院 の別	診療科目	診療月	保険医療費	自費医療費	※金 額	
通院・入院	内科	○○ 月	4,500 円	円		
通院・入院	科	月	円	円		
通院・入院	※一つの医療機関の診療科が分かれる場合と調剤は用紙を別に記入する。					
通院・入院	科	月	円	円		
上記のとおり相違ないことを証明します。						
令和 年 月 日						
医療機関名及び所在地						
印						

記入上の注意

- ※印は記入しない。
- 請求書は、病院別に作成する。
- 『本人との続柄』は、『長男』『長女』等と明記する。
- 『通院・入院の別』はいずれか一方を○印で囲み、請求書の記入は、月別、入院・通院別、診療科目別に行う。
- 領収書等で請求する場合は、領収書等を裏面に添付する。
- 自費医療費は容器代・証明料など保険外の分です。必ず記入し、自費のないときは0を記入する。
薬剤一部負担金は保険医療費です。