

医療補給金請求書

令和〇〇年〇〇月〇〇日

一般財団法人 茨城県教職員互助会理事長 殿

下記のとおり請求します。

請求者名		会員番号							性別	生年月日									
互助 太郎		2	0	2	5	0	0	0	0	—	0	男	昭和	3	8	0	4	0	5
健康保険の種類 に〇印	1 公立学校共済組合(任意継続組合員)							7 公立学校共済組合(現職会員被扶養者)											
	2 公立学校共済組合							8 地方職員共済組合											
	3 全国健康保険協会(社会保険)							9 警察共済組合											
	4 私立学校職員共済組合							10 国家公務員等共済組合											
	5 市町村職員共済組合							11 その他健康保険 ()											
	6 国民健康保険							※被扶養者は本人と同じ番号に〇印											
医療機関名		病院名 〇〇総合病院							保険調剤 薬局名		△△薬局 ××店								
該当に 〇印	診療科目	診療年月		保険適用医療費		請求額	※この欄は記入しないでください。												
				保険点数	自己負担額														
通院	入院	内科	令和 7 年 4 月	点	1,000 円	700 円	※												
通院			調剤	令和 7 年 4 月	点	2,500 円	1,700 円	※											
通院	入院	内科	令和 7 年 5 月	点	3,750 円	2,600 円	※												
通院			調剤	令和 7 年 5 月	点	2,050 円	1,400 円	※											
通院	入院	内科	令和 7 年 6 月	点	1,000 円	700 円	※												
通院			耳鼻	令和 7 年 6 月	点	5,500 円	3,800 円	※											

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、茨城県の教職員が退職後の医療の診療に際し、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。上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。

上記のとおり相違ないことを証します。

令和 年 月 日

所在地及び医療機関名

印

(注) 1 請求書は、健康保険の種類別、医療機関別に1枚ずつ作成してください。(6ヶ月記入可)
2 1行には、入院・通院別、診療科目別、月別に記入し、月の合計金額を記入してください。
3 請求書の裏面に添付する領収書は、月別、科目別に分け、記入順に並べてホチキス等で止めてください。
4 請求額の欄には保険適用医療費の自己負担額に100分の70を乗じた額から100円未満を控除した金額を記入してください。
5 高額療養費に該当する場合は、限度額適用認定証(写し)又は支給決定通知書(写し)等を添付してください。