

| | | | | | | | | | | |
|-------------|-----|-------------------------|--------------|--|---|--|---|---|-------------|---|
| 給付種別 | 0 1 | 家族療養費請求書 (保険診療による自己負担分) | | | | | | ※ | | |
| 氏名 個人コード | | | 学校名 学校コード | | | | | | 互助組合 受付印 | |
| 受診者名 | | | 生年月日 (西暦) | | 年 | | 月 | | | 日 |
| 請求金額 | | | ※ 給付決定金額 | | | | | | | |

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
 ▼請求は1か月単位で医療機関毎(院外処方の方の薬局分は合算)にしてください。
 ▼※印以外はすべてご記入ください。

上記金額を下記のとおり請求します。

年 月 日

学校名 _____

請求者

氏 名 _____ (印) (自筆署名の場合、印不要)

一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様

医療機関領収書添付欄

【留意事項】

- ①請求書には、医療機関毎の領収書(保険診療のみ)を受診月1か月ごとに1枚の請求用紙にまとめて添付してください。ただし、院外処方により調剤薬局で薬代がかかった場合は医科分と関連する調剤分をまとめて添付してください。
- ②領収書には受診者氏名・保険点数、保険診療で受診されたことが明記されていることを確認してください。
- ③確定申告・高額療養費の請求等で原本が必要な場合は、コピーでも可。
(請求が二重にならないようご注意ください。)

※請求がもれないよう受診月が終了してからまとめて請求するようにしてください。

※給付決定額明細書 (下記は記入しないでください。)

| | | | | | |
|----|---|------|---|------|--|
| 日数 | 日 | 保険点数 | 点 | 公費負担 | |
| 備考 | | | | | |