

第8号様式

区分 ①	(給付対象額－控除額) ②～⑦ 円	請求区分 ⑧	一連番号 ⑨～⑫
2			

一般財団法人 高知県教職員互助会退職互助部

医療費 補助金請求書
配偶者医療費

特別会員氏名		特別会員番号⑬～⑰	
受診者名		請求金額	円

上記のとおり請求いたします。

住所
令和 年 月 日
氏名 _____
一般財団法人 高知県教職員互助会理事長 様

住所・氏名・振込口座・変更届出欄(変更のないときは、記入しないこと。)

変更後の内容	フリガナ		振込金融機関 支店等の名称	銀行 農協	支店
	住所			信金	支所
フリガナ		普通預金 口座番号		労金	出張所
	氏名				

※ 氏名変更欄に記入された方には、別途、「特別会員等登録事項変更届」を送付しますので、記入のうえ氏名変更事由の記載された戸籍抄本(コピー可)を添付して提出してください。

窓口本人支払額 領収書

金 _____ 円 (左の領収額のうち健康保険適用金額) 金 _____ 円
負担割合 3割 その他() (該当に○印を付す。)

ただし患者 _____ 様の医療費として

⑰ ⑱～㉓ 医療機関名
R _____ 年 月 分 [_____] の処方箋による調剤
(※調剤院外処方箋の場合のみ必ず記入のこと)
保険者管掌別=国・協・船・共・組・その他() (該当に○印を付す。)

宛名 _____ 様

上記のとおり領収しました。 令和 年 月 日

住所

医療機関名

㉔～㉗

(注) の部分には記入しないこと。

領収書またはその写しは、この請求書と一緒に提出して下さい。

領収書またはその写しを提出する場合は、記入しない。

- この請求書は診療を受けた月の翌月以降に提出してください。
- 特別会員氏名は、特別会員死亡の場合も記入のこと。
- 領収額と健康保険適用金額が同額の場合は、健康保険適用金額欄の記入は必要ない。
- 原則として宛名は患者名とし、ただし書き患者名欄の記入は必要ないが、支払者が患者以外の場合は、ただし書きに患者名を記入すること。
- 請求書は1ヶ月1医療機関分に1枚を使用し、2ヶ月以上をまたがないこと。
- 住所・氏名・銀行名に変更がある時は必ず変更届欄に記載のこと。
- 入院時の食事標準負担額は給付対象とはならないので、記入しないこと。
- 医療機関の領収書またはその写しを提出する場合は、上の領収書欄に何も記入しない。
- 請求書は必要に応じて送付いたしますので、コピーしての使用はさけてください。(カラーコピーは可)
- 当互助会のホームページからダウンロードし、カラープリントしたものは使用できます。