

療養費請求書

種別 No.	1	2	整理 No.	6	11
	01				

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

請求年月日 平成 年 月 日

用紙は原本です。請求書はコピーしてお使いください。

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				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		1 国民健康保険		世帯主		家族		6 私学共済現職	
氏 名		氏 名		2 後期高齢者医療		本人		被扶		7 静岡県市町村共済	
連絡先電話番号		-		3 協会けんぽ		本人		被扶		8 地方職員共済	
生年月日		26 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成		4 公立共済任継		本人		被扶		9 その他の共済健保	
加入年月		3 昭和 4 平成		5 私学共済任継		本人		被扶		10 企業の健康保険	
加入年月		3 昭和 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〉							
※ 前回と受取口座を変更した場合は、通帳のコピーを添付				〈電話番号 - - 〉							
給付金受取口座（普通預金）		銀行番号		支店番号		銀行		信用金庫		支店	
口座番号		口座名義（フリガナ）		農協							
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				65		66		療養費の自己負担割合を○で囲む【 ⁵⁹ 1割・2割・3割 ⁶⁰ 】			
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）								〈69歳以下の方〉			
2 特定医療費（指定難病）受給者証								適用区分のいずれかを○で囲む【 ⁶¹ ア・イ・ウ・エ・オ ⁶² 】			
3 特定疾患医療受給者証								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			
4 特定疾病療養受療証								〈70歳以上で自己負担割合が1割・2割の方〉			
5 肝炎治療受給者証								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）			
5 自立支援医療受給者証								※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			

（様式第三号）

※ 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。

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				合計額 (ア)-(ウ)		39	
				県事務局調査印		支部調査印	
				支		47	
裁 定 欄				給 付 額（円）		54 高 額	
				40		46 67	
				0 0		68	
				1 回		多数回	
				2 回		有・無	
				3 回		払	
				支		支 部 受 付	
				53			

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