

療養費請求書

一般財団法人 静岡県教職員互助組合 様

種別 No.	1	2	整理 No.	6	11
	01				

用紙は原本です。請求書はコピーしてお使いください。

(様式第二号)

受診年月 平成 年 月分を請求します。 請求年月日 平成 年 月 日
同一世帯の同月請求の有無 (有・無)

組合員番号	13	20	57 加入している健康保険の番号と本人・世帯主および扶養・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)	本人	被扶		
氏名			2 後期高齢者医療	本人	7 静岡県市町村共済	本人	被扶			
電話番号	-		3 協会けんぽ	本人	被扶	8 地方職員共済	本人	被扶		
生年月日	26	32	4 公立共済(任継)	本人	被扶	9 その他共済健保	本人	被扶		
加入年月	3 昭和	年	月	加入	5 私学共済(任継)	本人	被扶	10 企業の健康保険	本人	被扶
※前回と振込先を変更した場合は、通帳のコピーを添付			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>							
給付金振込先(普通預金)	銀行番号	支店番号	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>							
銀行			4~10の方は、医療費の補助(付加金)制度の有無に○印 <有・無> また、付加金がある場合は付加金の『支給決定通知書』等のコピーを添付							
信用金庫			療養費の自己負担割合を○で囲む...【1割・2割・3割】							
労働金庫			<69歳以下の方>							
農協			適用区分のいずれかを○で囲む...【A・B・C】							
口座番号	口座名義(フリガナ)		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 ※『限度額適用認定証』を病院等に提示しないで高額療養費に該当した場合は、「高額療養費支給決定通知書」等のコピーを添付							
			<70歳以上で自己負担割合が1割(2割)の方>							
			適用区分のいずれかを○で囲む...【一般・区分Ⅱ・区分Ⅰ】(所得区分)							
			※非課税世帯の方が区分Ⅱ(低所得者Ⅱ)・区分Ⅰ(低所得者Ⅰ)に該当します。							
			非課税世帯の方は『限度額適用・標準負担額減額認定証』のコピーを添付 ※『限度額適用・標準負担額減額認定証』を病院等に提示しないで高額療養費に該当した場合は、「高額療養費支給決定通知書」等のコピーを添付							
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			63 64							
1 重度心身障害者医療費助成金受給者証(身障者手帳 級)			65 66							
(給付制限「あり」の方のみ給付対象となります。)			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							
2 特定疾患医療受給者証			1 重度心身障害者医療費助成金受給者証(身障者手帳 級)							
3 特定疾病療養受療証			2 特定疾患医療受給者証							
			3 特定疾病療養受療証							
			4 肝炎治療受給者証							
			5 自立支援医療受給者証							

これより下は、記入しないでください。

受診年月 平成 年 月分 21 25					保険適用自己負担額		算定額(円)	計算式
医療機関名(診療科名)	外来(円)	入院(円)	院外処方分(円)	高額・付加(円)				
1							(7) 給付対象額	
2							(7) 控除対象	
3							(7) 控除額	
4								
5								
合計額(7)-(7)					33	39		
県事務局調査印					支部調査印			
給付額(円)					54	53		
40					46	67	68	
00					1回	2回	3回	多数回
					世帯合算		有・無	
					支		支部受付	

※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。請求書は受診年月に該当するものを添付してください。