

療養補助金請求書

（退五二号様式）二〇一五改

整理番号 退		受付
--------	--	----

一般財団法人 山梨県教職員互助組合 退職互助部 御中	平成 年 月 日 請求者氏名 ㊟
----------------------------------	--

下記のとおり請求いたしますので給付してください。

但 平成 年 月 分

請求者	会員番号		氏名	
	加入年月日		生年月日	
	住所			

診療費証明欄（医師・薬局記入）

保険の種類	保 険 診 療 費				自己負担額の割合	
	総点数	全金額	保険負担額	受診者負担額		
公立学校共済組合					() 割	
国民健康保険					() 割	
協会けんぽ					() 割	
後期高齢者医療保険					() 割	
その他()					() 割	
合 計					() 割	

	受診期間	平成 年 月 日 から 年 月 日 まで
--	------	-------------------------

上記のとおり相違ないことを証明します。

病 院 名
 住 所
 医 師 氏 名 ㊟

（この欄記入不要）

療養補助金							
-------	--	--	--	--	--	--	--

〒400-0031 山梨県甲府市丸の内三丁目 33-7 （一財）山梨県教職員互助組合 TEL(055) 222-2613

- ☆ 医師の住所・氏名は詳細に記入し、押印してもらうこと。ただし、保険の種類・保険診療点数・自己負担額の割合が明記されている病院等の領収書のある場合には、それを添付することにより「証明欄」の記入は不要。
- ☆ 提出された領収書は返却できないので必要な場合はコピーを添付すること。
- ☆ この請求は月ごと、病院ごと、薬局ごとそれぞれ1枚ずつ記入すること。（時効1年）
- ☆ この用紙は必要枚数コピーしてご使用ください。