

# 療養補助金請求書

(退互二号様式) 二〇二三改

整理番号 退 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 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

請求者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

下記のとおり請求いたしますので給付してください。

請求者	会員番号		氏名	
	加入年月日		生年月日	
	住所			

★提出方法 ①②③いずれかの方法でご提出ください。1回の提出につき、請求書は1枚。

- ①医療費通知の原本またはコピー添付
- ②領収書の原本またはコピー添付
- ③療養補助金請求書の「診療費証明欄」を医療機関に記入してもらい提出

★時効は1年です。受診・調剤された翌年の同じ月・末日までにご提出ください。

★領収書や医療費通知を原本で提出される場合は、返却できませんのでご注意ください。

★領収書・医療費通知について、医療機関等に確認する場合がありますので、ご了承ください。

**診療費証明欄** 領収書・医療費通知がない場合に医療機関に記入し、押印してもらうこと。

「診療費証明欄」の記入が不要な場合

- ①保険適用金額・自己負担額の割合が明記されている病院等の領収書を添付する場合
- ②医療機関名の記載がある医療費通知を添付する場合

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		
	点	円	円	円	割	
			受診期間	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。

医療機関名 \_\_\_\_\_  
住 所 \_\_\_\_\_  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

(この欄記入不要)

療養補助金						
-------	--	--	--	--	--	--

