

療養補助金請求書

下記のとおり請求します。

01	記入日	令和〇年〇月〇日
----	-----	----------

一般財団法人 青森県教育厚生会理事長 様

請求書は、一医療機関ごと一薬局ごとに分けて、を記入してください。

会員番号						会員氏名						連絡先電話番号						
0	1	0	2	0	3	0	厚生一郎						(017) 777 - 7777 厚生 さくら (子)					
療養者												重度心身障害者医療費						
① 本人				② 給付対象配偶者				明	生年	月	日	助成がある						
								大	〇	〇	〇	〇						
								昭	〇	〇	〇	〇						

医療機関 (調剤薬局) 領収欄				厚生会処理欄	
診療年月	入院・外来の別	※ 総医療費 (点数×10円)	窓口一部負担金 (健康保険適用)		
令和〇年4月	①入院 ②外来		2,000 円		円
令和〇年5月	①入院 ②外来		3,000 円		円
令和〇年6月	①入院 ②外来		1,500 円		円
令和〇年6月	①入院 ②外来		40,000 円		円
令和〇年7月	①入院 ②外来		2,500 円		円
令和〇年8月	①入院 ②外来		3,500 円		円

※ 〇〇〇〇 様の医療費について、上記のとおり領収しました。

(所在地) 〇〇〇 年 〇 月 〇 日

(医療機関・調剤薬局名) 〇〇〇 〇〇〇

(電話番号) 〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

医療機関(調剤薬局)へのお願い

本会会員(元教職員)への給付に必要なものです。ご面倒をおかけ致しますが、療養者氏名及び医療保険内容が確認できない領収書や、領収書を紛失した場合等のご記入に特段のご協力をお願いします。

・太枠内をご記入のうえ、証印してください。 ※「受診者名」「総医療費」は必ずご記入ください。

・同月に入院・外来があるときは、[行]を変えてご記入ください。

(個人情報取扱について)記載された個人情報等は、業務遂行上必要な範囲内で利用します。請求書の提出があった時点で同意があったものとします。

<厚生会処理欄> 下記には記入しないでください。

審査	備考

医療機関				受付番号	
				割	

一般財団法人 青森県教育厚生会 〒030-0823 青森市橋本一丁目2番25号 ☎(017)721-1311(事業課直通)

<請求用紙が必要な方は、下欄に住所氏名を記入してください>

2021.12

〒	—
住所	
氏名	様