

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	年	月	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。

(個人情報取扱について)記載された個人情報、業務遂行上必要な範囲内で利用します。添付領収書に不明な点があった場合の医療機関等への問い合わせについては、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。

会員番号					会員氏名					連絡先電話番号											
										() -											
療養者																					
① 本人					② 給付対象配偶者					④ 昭			生年		月		日		重度心身障害者医療費		
																			助成がある		

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 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
令和 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
令和 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
令和 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
令和 年 月	① 入院 ② 外来		円		円
令和 年 月	① 入院 ② 外来		円		円

※ 様の医療費について、上記のとおり領収しました。

年 月 日 (所在地)
(医療機関・調剤薬局名) 印
(電話番号)

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。

<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	負担割合	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