# 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

| 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 |

| 療養者 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| (1) 本人　(2) 給付対象配偶者 | (大)(昭)(平) | 生年 | 月 | 日 | 【代筆の場合】<br>氏名(続柄)<br>厚生 さくら<br>(　子　) |
| | | 〇〇 | 〇〇 | 〇〇 | |

| 診療年月 | 入院・外来の別 | 窓口一部負担金（健康保険適用） | 厚生会処理欄 |
|---|---|---|---|
| 令和 〇 年 4 月 | (1) 入院 (2) 外来 | 5,530 円 | 円 |
| 令和 〇 年 5 月 | (1) 入院 (2) 外来 | 3,500 円 | 円 |
| 令和 〇 年 6 月 | (1) 入院 (2) 外来 | 57,600 円 | 円 |
| 令和 〇 年 6 月 | (1) 入院 (2) 外来 | 8,000 円 | 円 |

『重度心身障害者医療費』の助成を受けている方は該当箇所に〇をしてください。
※市町村より交付される重度心身障害者受給者証や受給者決定通知書等をお持ちの方が対象

(1) 窓口負担１割（３割支払い、２割助成される方も含む）　［初回認定日］　年　月　日
(2) 窓口負担なし（後日全額助成される方も含む）　［有効期限］　年　月　日～　年　月　日

［請求書の書き方］
- ［　　］の部分をご記入ください。
- 同一月内に受診した医療機関を全てまとめて、「窓口一部負担金」欄に合計額(保険適用分)をご記入ください。
- 同一月内に入院・外来のあった場合は、行を分けてご記入ください。

（個人情報の取扱いについて）
記載された個人情報は、業務遂行上必要な範囲内で利用します。
添付された領収書又は医療費通知書等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。

［お問い合わせ］
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)

＜厚生会処理欄＞　下記には記入しないでください。

| 審査 | 備考 |
|---|---|
| | |

| 負担割合 | 受付番号 |
|---|---|
| 割 | |

2026.4

＜この用紙はコピーして使用できます。新たに請求用紙が必要な方は、下欄に住所、氏名をご記入ください＞

〒 030 － 0823
住　所　青森市橋本1丁目2-25
氏　名　厚生 一郎　様