

医療費補助金請求書

様式第6号

栃木県教育福祉振興会 後期部会

○医療機関・診療月が同一のものは、一枚の請求書にまとめて請求してください。
○市町住民(集団)検診等と一般診療を併せて行った場合は、領収書を別にしてもらい、
検診等の分は保健福祉事業助成金請求書(人間ドック助成)で別途ご請求ください。

会 員 記 入 欄	給付コード		会員氏名							性別	生年月日							診療年月				※給付決定額								
			会員番号								元		年		月		日		年		月									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27			
										M ・ S W	S																			
	5	0																												
			加入保険										29	※高額医療				30	※				医療費補助金請求金額							
	28		該当する保険の番号、本人・被扶養者の別を○で囲んでください。										1. 該当 2. 非該当				2				55歳以上75歳(誕生日)までは保険適用分の5割給付です。(100円未満切捨)									
	1. 公立学校共済組合 2. 国民健康保険 3. 私立学校教職員共済組合 4. 市町村職員共済組合 5. 全国健康保険協会(協会けんぽ) 6. その他[名称:]										※ 該当 年月				年		月						円							
											※印の欄は記入しないでください				○医療機関・院外薬局への支払が2千円以上の場合に給付対象となります。 ○各年度内給付累計上限額は3万円です。															
	本人・被扶養者の別										本人・被扶養者										上記のとおり請求します。 令和 年 月 日 一般財団法人 栃木県教育福祉振興会理事長 様									
保険医療機関名 (院外処方の場合)										()										住所 請求者氏名 電話 印										

【個人情報の取扱い】お預かりする個人情報は、会員管理、配送業務、給付業務、情報提供等に利用させていただきます。

領収書・レシートは、病院(入院・外来)と薬局に区別して、下の枠内に貼付してください。

領収書等貼付欄 (返送希望 有・無)

領収書を返送希望の場合は、のりづけしないで、切手を貼付した返信用封筒を同封してください。

(切手の料金不足を生じているケースが多くありますので、投函前に十分御確認をお願いします。)

領収書の内訳(保険適用自己負担額・薬剤一部負担額)が記載されていないものは、その内訳を付記してください。
なお、受診者名のないレシート等の場合には紛失防止のため受診者名を記入してください。

○ ○ 医 院		△ △ 薬 局
栃木太郎	受診者名を記入してください。	栃木太郎
06・05・15		06・05・15
1 * 2520		部門2 保険分 * 2130
うち保険外200円	内訳を記入してください。	部門3 保険外 * 430
計 * 2520	入院・外来・薬局を区別して貼付してください。	計 * 2560

※ 上記受診者名のないレシート等に名前を記載した場合には、下記欄について記載してください。

本書貼付の領収書は私の診療に係るものであることを申し立てます。 令和 年 月 日(氏名) 印

- 1. この請求書は、医療機関別、月別に作成してください。
- 2. 性別(M:男性、W:女性)、返送希望の有無は該当する方を○で囲んでください。
- 3. 院外処方の場合、薬局分の領収書は、処方箋を発行した病院の分と同一の請求書と一緒に請求してください。
- 4. ※の欄は、記入しないでください。