様式第3号

医療給付金請求書

医療互助会員氏名	会　員　番　号	生　年　月　日
	区分	昭和　年　月　日

← 太枠内だけボールペンで記入してください

↑ [会員は０ 配偶者は 1又は2]

ここは記入しないでください

給付金名	自己負担額	受診年月
医　療　給　付　金	円	年　月
医　療　給　付　金		
医　療　給　付　金		
医　療　給　付　金		

太枠内だけボールペンで記入してください →

上記のとおり請求します。

一般財団法人石川県教職員互助会理事長　殿

年　　月　　日

〒

住　　所

電 話 番 号

請求者氏名　　㊞

※氏名を自署する場合は押印不要

注　　意

領収書原本を添付してください。諸事情で領収書原本が必要な場合は、領収書原本と領収書コピーを添付願います。手続き後、領収書原本をお返しいたします。併せて、領収書原本返信用封筒（郵便切手を貼って宛名を記入したもの）を同封してください。
領収書を添付できない場合は、下の「医療機関の証明欄」に医療機関の証明を受けてください。

「医療機関の証明欄」（医療機関へのお願い）

この内訳書は、医療互助会員（元教職員）の療養に際し、健康保険適用の自己負担額の一部を給付するためのものです。ご多忙のところ恐縮ですが、受診者の内訳を月ごと（各診療科）に記載くださるようお願いいたします。

診　療　報　酬　内　訳　書　（健康保険法適用分のみ）				
受診者氏名				
受診年月別	年　月分	年　月分	年　月分	年　月分
区　分	外来 ・ 入院	外来 ・ 入院	外来 ・ 入院	外来 ・ 入院
診療科名				
療養費総点数	点	点	点	点
受診者負担額	円	円	円	円

負担割合	1　割 2　割 3　割 該当を○で囲んでください
加入健保の種類	1. 共　済　組　合 2. 国民健康保険 3. 協会けんぽ（全国健康保険協会） 4. 後期高齢者医療制度 5. その他（　　） 該当を○で囲んでください

← 必ず記入してください

上記のとおり領収しました。

年　　月　　日

所　在　地

医療機関名　　印

代表者氏名