

(14-様式第4号)

所属名	名前	項目番号	給付金額 (互助会記入欄)
所属コード	職員番号		
		201	円

事務局長	主幹	主査	主事	会計	係
審査の結果上記のとおり補助金額を決定する。					
令和 年 月 日					

医療費補助金給付請求書			
請求区分	1 会員      2 被扶養者 (いずれかに○をする)		
受診者名		会員との続柄	
生年月日	昭和 平成 令和 年 月 日	受診年月	令和 年 月
医療機関名 (処方箋発行元)		保険自己負担額 [A]	円
調剤を受けた 薬局名	①	保険自己負担額 [B]	① 円
	②		② 円
区分	通院 ・ 入院 (いずれかに○をする)	高額療養費等 [C]	円
上記のとおり請求します。		保険自己負担計 [A] + [B] - [C]	円
令和 年 月 日		互助会受付印	
所属名			
職・名前			
一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長 様		整理番号	

(注意事項)

- 太線内を記入してください。
- 公立学校共済組合員以外の会員とその被扶養者が医療機関にかかった場合に請求してください。  
※一つの医療機関でも入院と通院は別扱いです。
- 被扶養者は、健康保険証の写しを添付してください。
- 受診者名・受診年月日・保険医療点数が記入された医療機関の領収書を添付してください。  
また、医療機関発行の処方箋により調剤を受けた場合は、薬局の領収書も添付してください。
- 共済組合や健保協会等の高額療養費や附加金等の給付がある場合は、当該機関の給付明細書も添付してください。
- 互助会に登録の振込口座に送金されます。