

(14-様式第4号)

所属名	県市職 B I T	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		
			2 0 1	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。					
平成 年 月 日					

医療費補助金給付請求書				
請求区分	1 会員 2 扶養家族		(いずれかに をすること)	
受診者名		会員との続柄		
生年月日	昭和 年 月 日 平成	受診年月	平成 年 月	
医療機関名 (処方箋の発行元)		自己負担額 [A]		円
調剤を受けた 調剤薬局名		自己負担額 [B]		円
				円
上記のとおり請求します。		請求金額 [A] + [B]		円
平成 年 月 日			互助会受付印	
所属名			整理番号	
職・名前 印				
一般財団法人三重県公立学校職員互助会理事長 様				

(注意事項)

- (1) 太線内を記入してください。
- (2) 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。
- (3) 受診者名・受診年月日・保険医療点数・医療機関名の記入された医療機関の発行する領収書を添付してください。
また、被扶養者は、健康保険証の写しも添付してください。
- (4) 医療機関が発行した処方箋により調剤薬局で調剤を受けた場合、調剤薬局の発行する領収書も添付してください。
- (5) 「県市職B I T」欄には、県職員は「0」、市町職員は「1」を記入してください。
- (6) 互助会に登録の振込口座に送金されます。