

(14-様式第5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 3	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					

## 後期高齢者・医療費補助金給付請求書

受診者名		会員との続柄	
生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	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
公費負担の該当がある場合 をする	・重度心身障害 ・特定疾病 ・その他 ( )	請求金額 [A] + [B]	円

上記のとおり請求します。

平成 年 月 日

所属名

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

互助会受付印

整理番号

扶養手当  
支給証明書

上記受診月において、受診者を対象として扶養手当が支給されていることを証明します。

平成 年 月 日

所属名

所属長 職・名前

職印

(注意事項)

- 太線内を記入してください。
- 75歳以上の扶養手当支給対象者又は特別認定者が医療機関にかかった場合に請求してください。
- 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。
- 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。
- 扶養手当支給対象者は、「扶養手当支給証明書」欄に所属長の証明が必要です。県立学校及び県教育委員会事務局に所属する教職員は、総務事務センターでの証明となるため、「本人 総務事務センター 公立学校職員互助会」という流れで申請してください。
- 特別認定者は、被扶養者特別認定申告書を添付してください(「扶養手当支給証明欄」は不要)。
- 「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。
- 互助会に登録の振込口座に送金されます。