

厚生部

医療補助金請求書

療養者氏名	特別会員番号	区分	療養者生年月日
			明治 大正 年 月 日 (歳) 昭和
	↑ 加入年度	(会員本人「0」、配偶者「1」、遺族「3」)	↑ 診療時の年齢

集計欄

診療年月	年 月 分
------	-------

↑※支払月ではなく、受診月を記入してください。

病院名・調剤薬局名等	医療保険診療	自己負担額	備考
合 計			

療養者の医療保険 ※組合健保の場合は、保険者名を()内に記載	国保・後期高齢者・協会けんぽ・公立学校共済・地方職員共済・市町村共済 私学共済・組合健保 ()
自己負担割合	1割負担 ・ 2割負担 ・ 3割負担
住民税課税区分	課税 ・ 非課税

※ 限度額適用認定証に記載の所得区分記入欄 (高額療養費に該当する場合○で囲んでください)	
70歳未満	ア ・ イ ・ ウ ・ エ ・ オ
70～74歳	現役並所得者 ・ 一般 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ
75歳以上	現役並所得者 ・ 一般 ・ 低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ

(本欄はご加入の医療保険へ確認するか、「限度額適用認定証」、「限度額適用・標準負担額減額認定証」、及び「高齢受給者証」等を参照のうえご記入ください。)

上記のとおり医療機関で治療を受けましたので厚生部医療補助金を請求します。

秋田県教育関係職員互助会理事長 様 記入日 年 月 日

特別会員本人または遺族 氏名	〒	◎	生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和
住 所				
電話番号				

この請求に関して必ず連絡がとれる連絡先(携帯電話等)	氏 名	会員との続柄	電 話 番 号

<注記>

- 1 太線枠内は全てご記入ください。
- 2 「限度額適用認定証に記載の所得区分記入欄」は高額療養費に該当する場合にご記入ください。