

保険医療機関等記入用

※会員の方は記入しないでください。

《本件に関するお問い合わせ》

秋田県教育関係職員互助会

退職医療補助金担当：018-860-5227

《保険医療機関等の皆様へお願い》

一般財団法人秋田県教育関係職員互助会では、退職教職員の療養費について補助事業を行っております。お手数とは存じますが、証明くださるようご協力をお願いいたします。

なお、記載に関しましてその診療月の保険診療分のみご記入いただき、その診療月以外に発生した未収金等、入院時食事療養費、及び健康保険法の適用外のものを含めないようお願いいたします。

診 療 ・ 調 剤 報 酬 証 明 書

※1診療機関1ヶ月分の健康保険法適用分を記入してください。

※同一医療機関で複数の診療科がある場合、医科と歯科を分けて記入してください。

【保険医療機関用】

診療月	年	月分	療養者氏名
療養者の医療保険種別		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()	
医療機関証明欄	診療種別	医科・歯科 外来・入院	左記のとおり証明します。 年 月 日 所在地
	総点数	点	医療機関名
	一部負担金額	円	代表者氏名 ㊤ 電話番号
薬局証明欄	総点数	点	左記のとおり証明します。 年 月 日 所在地
	一部負担金額	円	医療機関名 代表者氏名 ㊤ 電話番号

診療月	年	月分	療養者氏名
療養者の医療保険種別		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()	
医療機関証明欄	診療種別	医科・歯科 外来・入院	左記のとおり証明します。 年 月 日 所在地
	総点数	点	医療機関名
	一部負担金額	円	代表者氏名 ㊤ 電話番号
薬局証明欄	総点数	点	左記のとおり証明します。 年 月 日 所在地
	一部負担金額	円	医療機関名 代表者氏名 ㊤ 電話番号

【整骨院・柔道整復師用】

診療月	年	月分	療養者氏名
療養者の医療保険種別		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()	
証明欄	総金額	円	左記のとおり証明します。 年 月 日 所在地
	一部負担金額	円	医療機関名 代表者氏名 ㊤ 電話番号