

様式第1号

医療補助金・入院補助金請求書

所属所コード			
所属所名		※ 診療年月	年 月
会員番号		※ 給付決定額	円
会員氏名		※ 医療補助金	円
		※ 入院補助金	円
		※ 高額療養費	円

診療費 証明書			
受診者名		診療費	
1 本人	2 家族	総点数	点
姓	名	(診療報酬請求明細書)	
		総金額	円
生年月日	年 月 日		
病名		各種健康保険記号番号	記号
			番号
		各種医療保険負担額	円
診療期間	自 年 月 日 至 年 月 日	結核予防法等による 公費負担額	円
入院期間	自 年 月 日 至 年 月 日	受診者負担額	円
入院日数	日		

上記のとおり証明する。

年 月 日

医療機関名

住所

電話番号

医師氏名

㊟

上記のとおり請求します。

秋田県教育関係職員互助会理事長 様

年 月 日

住所

請求者 フリガナ

氏名

上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。

秋田県教育関係職員互助会理事長 様

年 月 日

〒 (電話番号)

所属所所在地

所属所名

所属所長職氏名

職印

- 1 診療費証明書欄に医療機関から証明してもらうか、又は領収書を添付してください。
- 2 ※の欄は記入しないでください。