様式第1号

厚生部

医 療 補 助 金 請 求 書

互助会チェック欄	遺族会員

療 養 者 氏 名	特 別 会 員 番 号 （8 桁）	療 養 者 生 年 月 日
		明治 大正　　年　　月　　日（　　歳） 昭和

診療時の年齢↑

↓支払月ではなく、受診月

集計欄

診療年月	年　　月分

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
世帯の住民税課税状況	住民税課税世帯　・　住民税非課税世帯

※ 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

＜本欄について＞
ご加入の医療保険へ確認するか、「限度額認定証」、「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

請求者			
	特別会員本人または遺族 氏名		
	住　　所	〒	
	連 絡 先	（自宅）	（携帯）

この請求書を記入した方の連絡先 ※請求者と同一の場合記入不要	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　医療機関等発行の領収書（原本）を添付してください。
　※領収書（原本）の返却希望又は添付できない場合は「厚生部事業のお知らせ」参照