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。

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。
（その診療月以外に発生した未収金等、入院時食事療養費、健康保険法適用外のものは除きます。）
※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 医療機関名 代表者氏名　㊞ 電話番号	
	総点数	点		
	一部負担金額	円		
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 医療機関名 代表者氏名　㊞ 電話番号	
	一部負担金額	円		

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 医療機関名 代表者氏名　㊞ 電話番号	
	総点数	点		
	一部負担金額	円		
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 医療機関名 代表者氏名　㊞ 電話番号	
	一部負担金額	円		

【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 医療機関名 代表者氏名　㊞ 電話番号	
	一部負担金額	円		

＜注記＞
医療補助金請求の際、領収書の添付があるときは、本書類の提出は不要です。