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 国保 ・ 後期高齢者 ・ 協会けんぽ ・ 公立学校共済 ・ 地方職員共済 療養者の医療保険種別 市町村共済 · 私学共済 · 組合健保(年 左記のとおり証明します。 月 日 医科 • 歯科 医 診療種 別 外来 ・ 入院 在 地 所 療 機 医療機関名 関 総 点 数 点 証 代表者氏名 **(1)** 明 円 欄 一部負担金額 電話番号 左記のとおり証明します。 年 月 日 薬 総 点 数 点 局 在 地 証 医療機関名 明 円 一部負担金額 代表者氏名 **(1)** 欄 電話番号

診り	 月		年	月分	頻	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	J	点	医療機関名 代表者氏名			
	一 岩	常負担 釒	金額	I	円	電話番号			
薬局証明欄	総	点	数	J	点	左記のとおり証明します。 年 月 日 日			
	—	祁負担金	企額	i	円	医療機関名 代表者氏名 電 話 番 号			

【整骨院•柔道整復師用】

TE 1	【金月烷"朱坦金後岬刀】												
診り	寮 月		年	月分	为	養養者氏名							
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 市町村共済 ・ 私学共済 ・ 組合健保(共済)				
証明	総	金	額		円	左記のとおり証明!	します。	年	月	Ħ			
欄	一部負担金額			円		医療機関名 代表者氏名 電 話 番 号				(P)			

<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。