

特

家族

療 養 費 請 求 書

(太枠内を記入してください。)

会 員 記 入 欄	診 療 年 月	年		月分		提 出 先	〒020-0022	
	区 分	入院		外来			盛岡市大通一丁目1番16号 (岩手教育会館3階)	
	※いずれかを○で囲む							
	所 属 コード						一般財団法人岩手県教職員互助会	
	互助会員番号						TEL 019-622-7762	
	所 属 名						保 険 医 療 機 関 の 所 在 地 及 び 名 称	所 在 地 名 称
	会 員 氏 名							
	受診者氏名							
()の中を○で囲む	(男・女) 昭 平 令 年 月生 [未就学児 小学生 中学生] 高校生 70歳未満 70～74歳]							
受診者の居住地 (住民票の住所)	市・区・町・村 市町村等から医療費助成を受けている方は請求できません							
窓口負担割合 (いずれかを○で囲む)	1 割 2 割 3 割 その他 (円) 限度額認定証の交付 (受けている・受けていない)							

合 計 点 数 (医科・歯科・薬局)	点	診 療 実 日 数	日 間	入 院 実 日 数	日 間
柔 道 接 骨	円	入 院 年月日	年 月 日から	年 月 日まで	

注意事項

この請求書は、岩手県教職員互助会員で、文部科学省共済又は全国健康保険協会に加入している方が、医療機関(薬局・接骨師を含む)で保険適用診療を受けたときに、次のことに留意し互助会へ請求してください。

1 医療機関別かつ入院・外来・歯科・薬局別に区分し、診療月ごとに毎月請求してください。

ただし、同一の医療機関で複数の外来診療科を受診した場合は、複数の外来診療科分をまとめて請求することができます。

2 必ず領収書を別紙に貼付してください。領収書に替え、請求書に医療機関より証明を受けることもできます。

3 保険適用診療の自己負担額が2,600円以下の場合には請求できません。

4 次の場合は、給付の対象となりませんので請求できません。

(1) 保険適用外の診療(健康診断、予防接種・歯科の物品購入等)

(2) 市町村等からの医療費助成の給付を受けている期間

(未就学児・小中学生・高校生・妊産婦・重度心身障がい者・母子家庭等の医療費助成を受けている方)

※市町村等により一部助成の場合がありますので、ご確認のうえ請求願います。

(3) 交通事故

(4) 正常分娩

(5) 後期高齢者医療制度加入者

(6) 労働災害等に認定された傷病