

療養費請求書

特

本人

(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)	
	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
会員氏名						名称		
	(男・女)	昭和 平成	年	月	日生			

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2,500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
(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)
 - (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