

療養費請求書

特

家族

(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 盛岡市大通一丁目1番16号 (岩手教育会館3階) 一般財団法人岩手県教職員互助会 Tel 019-622-7762
	区分	入院	外来	
	※いずれかを○で囲む			
	所属コード			
	互助会員番号			
	所属名			
	会員氏名			
	受診者氏名			所在地 名称
()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 <small>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</small>			
窓口負担割合 (いずれかを○で囲む)	1割 2割 3割	その他 (円)	名称	
	<small>限度額認定証の交付 (受けている・受けていない)</small>			

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。
- 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。
- 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。
- 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