

(互) 様式第7号

(101) 会員医療補助金

(102) 扶養家族医療補助金

非共済組合医療費補助請求書

一般財団法人佐賀県教職員互助会理事長 様

添付の領収書（下記の証明）のとおり、保険適用の診療を受けたため、請求します。

令和 年 月 日	会員番号 ()
	請求者氏名 (自署)
療養者氏名	所属名
()	所属電話番号 () -

会員は、医療機関（調剤薬局）の領収書（コピー可）を添付するか、以下に証明を受けてください。

- 3年以内に受診した保険適用の診療が対象となります。
- 同一の医療機関の1か月の領収金額の合計が、会員本人の場合は900円未満、扶養家族の場合は1,750円未満は対象外となります。その分の領収書の添付の必要はありません。
- 同じ月の領収書はまとめて提出してください。また、請求書は療養者1名につき1枚の提出が必要です。

医療機関（調剤薬局）領収欄					
これは、佐賀県教職員互助会会員が、保険適用の診療の自己負担について補完給付を受けるためのものです。大変お手数ですが、次の領収欄の記入について御協力をお願いします。【入院時の食事療養費や自費は除く】					
① 保険適用分を診療報酬明細書（レセプト）ごとに月別、医科・歯科別に記入してください。					
② 調剤薬局では、月別、処方箋発行元別に、医療機関名もあわせて記入してください。					
療養者氏名	患者負担割合			割	処方箋発行元医療機関名 (薬局のみ記入)
療養年月	診療区分	実日数	総保険点数	領収金額	
R .	1入院 ・ 2外来 3 歯科 ・ 4 調剤	日	点	円	
R .	1入院 ・ 2外来 3 歯科 ・ 4 調剤	日	点	円	
R .	1入院 ・ 2外来 3 歯科 ・ 4 調剤	日	点	円	
R .	1入院 ・ 2外来 3 歯科 ・ 4 調剤	日	点	円	
R .	1入院 ・ 2外来 3 歯科 ・ 4 調剤	日	点	円	
住所		電話番号			
医療機関（調剤薬局）名		㊟			