



家族療養費
医療給付金

請求書 (入院・通院)

決 定 額 ※			
療 養 者 氏 名 (組合員又は被扶養者)		療 養 月	年 月分 (日から 日まで)
健 康 保 険 証 番 号		請 求 額	円
上記のとおり請求します。 一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長 様 年 月 日 所 属 名 組合員氏名 ㊞			
医療機関へお願い 療養者の自己負担金の一部を、互助組合で給付するものです。 お手数とは存じますが、下記の診療報酬内訳欄についてご記入をお願いします。			
診 療 報 酬 内 訳 (年 月分)			
療養費の保険点数	点	自己負担額	円
年 月 日 住 所 保険医療機関名 ㊞ 電 話 番 号 () -			

- ・ ※欄は記入しないでください。
- ・ 領収書 (保険適用分の確認できるもの) を貼付される場合は、保険医療機関等の証明は不要です。
- ・ 領収書は、原本 (コピー不可) を添付してください。 (レシートは不可)