



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  令和 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
令和 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。
- ・ 領収書等 (コピー可) を添付してください (レシートは不可です。)