

医療費給付申請書

(70才未満の方用)

様式第15号

年 月より 年 月まで							
住所	郵便番号 <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>						
	郡 市						
携帯 - - 自宅 - -							
氏名	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">退職会員番号</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">会員氏名</td> <td style="width: 40%; text-align: center;">診療者氏名</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">本人、配偶者、18才未満の子供</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	退職会員番号	会員氏名	診療者氏名	本人、配偶者、18才未満の子供		
	退職会員番号	会員氏名	診療者氏名				
本人、配偶者、18才未満の子供							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; text-align: center;">昭・平</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">日生</td> </tr> </table>	昭・平	年	月	日生			
昭・平	年	月	日生				
病受 又診 は科 名名	(外 件)	病院 名	代表でひとつ記入し残りは○カ所とまとめて記入する (外 カ所分)				
請求額 円 (請求額は未記入でも可)	領収書 枚						
必 該 不 当 ○ す で る か 保 険 を	国民健康保険 社会保険〈現職、現職家族、任継、任継家族〉 市町村共済組合〈現職、現職家族、任継、任継家族〉 私立学校共済組合〈現職、現職家族、任継、任継家族〉 公立学校共済組合〈任継、任継家族、再任、現職(再任)家族〉						
上記の事実と相違なく、療養機関設置者(又は医師)の領収書(証明)を添付して請求いたします。							
福島県退職教職員互助会理事長殿 年 月 日 (請求者氏名)							

領収書貼付用紙 (年 月分)

月毎・医療機関毎に分けて貼付用紙を使って下さい。

領 収 書 枚 合 計 円