

医療費給付申請書

(70才未満の方用)

様式第15号

年 月 分			
住所	郵便番号 - 郡 市		
	電話 - -		
氏名	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 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○ヵ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	
該 必 当 す る 保 險 証 を 必 ず ○ で か こ む	国民健康保険 社会保険（現職、任継、扶養） 市町村共済組合（現職、任継、扶養） 私立学校共済組合（現職、任継、扶養） 公立学校共済組合（任継、再任、扶養）		
上記の事実に相違なく、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)			

●申請書は1ヵ月に1枚記入して下さい。

福島県退職教職員互助会 〒960-0192 福島市南矢野目字道下35番地の1

☎ 024-555-0231
FAX 024-555-0510

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
