

# 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○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 る か 保 険 を	国民健康保険 〈 <input checked="" type="radio"/> 退 含む〉 社会保険 〈現職、任継、現職家族、任継家族〉 市町村共済組合 〈現職、任継、現職家族、任継家族〉 私立学校共済組合 〈現職、任継、現職家族、任継家族〉 公立学校共済組合 〈任継、再任、現職 (再任) 家族、任継家族〉		
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  (請求者氏名)		年                      月                      日	

●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