

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	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; text-align: center;">□</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">□</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">□</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">-</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">□</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">□</td> <td style="width: 30px; text-align: center;">□</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;">郡</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;">市</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;">携 帯</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td> <td style="text-align: center;">自 宅</td> <td style="text-align: center;">-</td> <td style="text-align: center;">-</td> </tr> </table>	□	□	□	-	□	□	□					郡							市							携 帯	-	-					自 宅	-	-
	□	□	□	-	□	□	□																													
				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> <tr> <td style="text-align: center;">昭・平 年 月 日生</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			昭・平 年 月 日生																												
	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 領収書 枚 (請求額は未記入でも可)																																				
必 該 ず ○ 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 (請求者氏名) 年 月 日																																				

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