

# 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: 20%; text-align: center;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table> </td> <td style="width: 80%; padding-left: 20px;">                 郡  市             </td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; padding-top: 10px;">携 帯 自 宅</td> <td style="text-align: center; padding-top: 10px;">-                      - -                      -</td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>									郡  市	携 帯 自 宅	-                      - -                      -
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>									郡  市				
携 帯 自 宅	-                      - -                      -												
氏名	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">退 職 会 員 番 号</td> <td style="width: 30%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">会 員 氏 名</td> <td style="width: 45%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black;">診 療 者 氏 名</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black;"> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; height: 40px;"></td> </tr> </table> </td> <td style="border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="border-bottom: 1px solid black;">                 本人、配偶者、18才未満の子供                     昭・平                      年                      月                      日生             </td> </tr> </table>	退 職 会 員 番 号	会 員 氏 名	診 療 者 氏 名	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; height: 40px;"></td> </tr> </table>						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											
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; border-right: 1px dotted black; height: 40px;"></td> <td style="width: 25%; height: 40px;"></td> </tr> </table>						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 ず 当 ○ す で る か 保 こ 險 む 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