

療養給付金請求書

※必要書類（領収書など）は裏面に添付してください。

※記入上の注意は、『退職互助事業のしおり』でお確かめください。入院見舞金、人間ドック等利用助成金は所定の様式で請求してください。

所属所コード	会員番号	本配区分	受診者氏名
		会員本人 ・ 配偶者	

受診時の加入健康保険（該当番号に○印）		
市町村共済組合・公立学校共済組合	本人	131
	被扶養者	132
国民健康保険	世帯主	311
	家族	312
全国健康保険協会[協会けんぽ]	本人	431
	被扶養者	432
健康保険組合[各企業健保など]	本人	501
	被扶養者	502
その他		801

各種受給者証について	
<input type="checkbox"/>	持っている（該当番号に○印を付け、コピーを添付）
701	福祉医療費受給者証：老人医療
702	福祉医療費受給者証：重度心身障害者医療
703	自立支援医療受給者証：更生医療
704	自立支援医療受給者証：精神通院医療
705	特定医療費（指定難病）受給者証
706	特定疾病療養受療証
707	その他
<input type="checkbox"/>	持っていない

受診年月	年 月 日	受診分（受診時年齢： 歳）
------	-------	---------------

診療内容	0 入院 1 医科 2 歯科 4 整骨院・接骨院・鍼灸院等 3 調剤（上記診療時に交付された処方せんによるもの）
------	--

医療機関	TEL	(A) 自己負担額	計 (A+B)
		円	

調剤薬局	TEL	(B) 自己負担額	円
		円	円

高額療養費	上記の計 (C) が21,000円以上の場合 *老人医療制度の該当者は記入不要 自己負担限度額の所得区分を○で囲む・・・【 ア・イ・ウ・エ・オ 】		
	老人医療制度の該当者のみ記入 該当する所得区分を○で囲む		
	現役並み ⑥ III ⑤ II ④ I	③ 一般所得	低所得 ② II ① I

請求書ならびに添付書類に記載された個人情報について、支払事務に必要な範囲で厚生会が医療機関や加入保険等へ照会・確認を行うことに同意します。

一般財団法人京都市町村職員厚生会 理事長 様

請求年月日	年 月 日	受付日付印
氏名	受診者本人以外の場合（続柄： ）	
住所	〒 都 道 府 県	
	日中の連絡先 TEL	

*上記個人情報の同意欄は、請求書が2枚以上の場合2枚目以降は省略できます。