

保険外医療給付金請求書

通知区分	7	2	決定額	※					円		
所属コード			組合員証番号				職名		会員氏名		
区 分 (該当するものを○で囲んでください。)			1 マッサージ等		2 妊婦検診		3 歯科治療		4 不妊治療		
◎ マッサージ等記入欄 (施術者記入のこと) ㊦ 整体、カイロプラクチックは補助の対象になりません。											
施 術 者	免 許 種 別	はり師		きゅう師		あん摩、マッサージ、指圧師					
	免 許 番 号										
	診療機関名(氏名)					症状及び 施術内容					
	住 所										
電 話 番 号											
● 妊婦検診記入欄											
出産予定日				手帳番号			母子手帳交付予定日				
令和 年 月 日							令和 年 月 日				
● 歯科治療記入欄											
歯科治療を受けた医療機関名					治療内容						
● 共通記入欄											
本年度中に給付を受けた金額 (今回は除く) 円											
今 回 分	期 間		令和			年			月		日から
			令和			年			月		日まで
医療機関に支払った金額 円											
上記のとおり請求します。 一般財団法人 岩手県教職員互助会長 様 令和 年 月 日 (〒 -) (Tel - -) 住所 請求者 氏名 ⑩											
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。 令和 年 月 日 (〒 -) (Tel - -) 所属所在地 所属所名 職名 所属所長 氏名 ⑩											

- (注) 1 公立学校共済組合等の医療費の対象となったときは補助の対象になりません。
2 給付対象は、会員本人となります。
3 まとめて請求できますが、必ず年度を分けて請求書を作成してください。
4 マッサージ等は、記入欄に施術者から証明をもらってください。請求書の他に領収書を別紙に貼付添付してください。
5 妊婦検診は、母子手帳(表紙面)の写しと領収書を別紙に貼付添付してください。
6 歯科治療は、領収書を別紙に貼付添付してください。歯科治療記入欄は請求者が記入してください。
7 不妊治療は、領収書を別紙に貼付添付してください。
8 領収書は診療日、金額、診療者の名前(フルネーム)、保険外診療であることが明記してあること。(コピー可)
9 ※印欄は記入しないでください。
10 ●印欄は、本人が記入してください。◎印欄は、施術者記入欄です。