

保 険 外 医 療 給 付 金 請 求 書

互

※互助会処理欄

通知 区分	7	2	所属コード				組合員証番号				職 名				会 員 氏 名			
区 分		1 マッサージ等				2 妊婦検診				3 歯科治療				4 不妊治療				
※ 該当するものを○で囲んでください。																		
● マッサージ等記入欄 ※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				母子手帳交付年月日										
平成 年 月 日								平成 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 ※必ず記入してください																		
本年度既に給付をうけた金額(今回は除く)								円										
今 回 分	期 間				平成			年			月			日	から			
					平成			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																		
平成 年 月 日																		
(千 -) (百 - -)																		
請求者 住 所																		
氏 名																		
Ⓡ																		
上記の記載事項は、事実と相違ないことを認めます。																		
平成 年 月 日																		
(千 -) (百 - -)																		
所属所在地																		
所属所名																		
所属所長名																		
職印																		

- 注) 1 公立学校共済組合等の療養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※領収書を別紙に貼り添付してください。
5 妊婦検診は母子手帳(表紙面)の写しと※領収書を別紙に貼り添付してください。
6 歯科治療は※領収書を別紙に貼り添付してください(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※領収書を別紙に貼り添付してください。
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)