

医療補助金請求書

点線の枠内に領収書をのりづけしてください。 (のりづけ枠)
 提出された領収書については返却できませんので、
 確定申告の医療費控除に使われる方はコピーで提出してください。

領収書ののりづけ欄

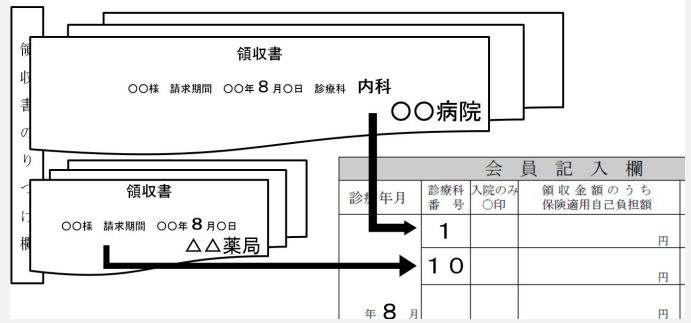
会員の
皆様へ

1. 印鑑を必ず押印してください。(認印でも可)
2. 会員記入欄の診療年月、診療科の番号、領収金額、医療費総点数は必ず記入して下さい。
3. 同じ病院で領収書を合計し一行に記入して下さい。ただし、外来と入院は別々に記入して下さい。
4. 領収書をコピーで提出の方は病院名・診療年月日・医療点数・領収金額・領収印等を鮮明にコピーして下さい。
5. 領収書に領収者氏名が無いもの及び金額のみのレシートは受付できません。
6. 請求期間は受診月から3年以内となっています。

医療補助金請求書の書き方

1. 診療年月単位、医療機関ごとに領収書をまとめる。(外来、入院は別)
2. 上記の単位で「のりづけ枠内」に貼り付ける。
3. 上記の単位で左下の「会員記入欄」の「領収金額」、「保険点数」を合計し記入する。

領収書の貼り付けと会員記入欄(例)



領収書のりづけについてのお願い

領収書は詳細(氏名・診療年月日・病院名・医療点数・領収金額・領収印等)が一枚一枚めくって確認ができるようにのりづけしてください。

貼り付けた領収書は折り曲げるなどして枠内に収めてご提出ください。

一般社団法人 沖縄県教職員共済会 理事長 様
 下記のとおり医療補助金を請求します。

会員記入欄							この欄は記入しないでください。	
診療年月 (西暦)	診療科 番号	入院のみ 印	領収金額のうち 保険適用自己負担額		医療費総点数	備考	給付額	
西暦 20 年 月			円		点		円	
			円		点		円	
			円		点		円	
			円		点		円	
			円		点		円	
			円		点		円	
診療科番号	内科 耳鼻	外科 精神	皮膚 歯	泌尿 薬局	婦人 整骨	眼 その他	保険区分	特例 一般 老齡(割) 他()
会員氏名	(印)				身体障害者 手帳等級	級	受付印・通信欄	
会員番号			会員区分	生年月日(西暦)				
市町村等からの医療助成制度			受けている		受けていない		地区番号	

→ 同じ年月単位で、医療機関ごとに段を変えて記入。
 ただし、同じ病院であっても外来・入院は段を変えて記入。