

療養支援金請求書

給付コード							
療養支援金	0	0	0	0	-	0	0

区分
H・K

一般財団法人 大阪府教職員互助組合理事長様
太枠のみご記入ください。

会員番号		所属名	〒 (- -)
フリガナ			
氏名			
住所	〒	〒 (- -)	

別紙の書類を添えて下記のとおり請求します。

請求額	¥	給付決定額	¥						
フリガナ									
療養者氏名									
診療年月			年		月	診療日数			日

振込先	銀行名		支店名		普通	口座番号	
フリガナ							
口座名義人 (請求者本人)							

担当者	資格	受付

〈添付書類〉 医療機関が発行するもので、以下の項目が記載されている領収書または証明書
ア. 受診者氏名 イ. 診療年月日 ウ. 保険診療における自己負担額 エ. 病院・調剤薬局名

- 〈注意〉
- 1) 暦月を単位に、医療機関別に請求してください。
 - 2) 医療機関と調剤薬局の領収書は併せての請求となります。
 - 3) 入院した場合は、入院支援金も併せて請求してください。

◎ 添付書類は鮮明な写しをもって原本に替える事ができます。

※ ご記入いただきました個人情報、当該事業の適正な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

給付は、受給事由が発生した日から3年以内に請求があった場合に限って、これを行うことができます。