

毎月15日までに受付けた請求書は、翌々月の10日頃互助組合へお届けの銀行預金口座へ振込みます。
 給付記録がホームページよりご覧いただけます。(登録ID・パスワードが必要です。詳しくはP1参照)

療養給付金請求書

請求は診療を受けた
 翌月以降3年以内に

※キリトリ線より切り取ってください

会員番号 (証の個人番号) ・ お名前 ・ 生年月日 ・ ご住所をあらかじめ記入いただいてから、切り取ってコピーしていただくと、便利です。

療養給付金請求書

年 月 日

一般財団法人 大阪府教職員互助組合 理事長 様
 下記のとおり裏面貼付の書類を添えて請求します。

退職 会 員	会員番号 <small>(証の個人番号)</small>		給付区分 コード	0	0	5	1	0
	フリガナ		生年月日	年	月	日		
	氏名							
	住所	TEL ()						

◎満70歳以上の方のみ記入			診療 年月	年	月
下記の該当する自己負担限度額に○をつけてください。					
1	2	3	区 分	(どちらかに○)	
住民税非課税者 <small>月額8000円(外来)を超えた場合、市町村から還付される方</small>	一般 <small>[1割負担] [2割負担]</small>	一定以上所得者 <small>[3割負担]</small>		1	2
				外来	入院

◎以下の記載項目につきましては省略可 ※記載なし(空白)でも請求していただけます		
病院名 ※省略可	請求額 ※省略可	(保険診療の自己負担額合計。 100円未満切捨)
		¥

- ◎生涯福祉事業のガイドブック「療養給付金の請求方法」をよく読んでから請求してください。
- ◎給付金請求書に記載いただきました個人情報、当該事業の正常な運営に必要な業務、および当互助組合事業の円滑な運営に必要な業務にのみ利用いたします。

以下、記入不要です

給付決定金額			整理番号
¥		(左記金額ー基礎控除) ×調整率	

受付印

2023.4