

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)

請求は診療を受けた
 翌月以降3年以内に

療養給付金請求書

※キリトリ線より切り取ってください

領収書（病院・調剤薬局分）添付欄。

医療機関が発行するもので①受診者の氏名②保険診療における自己負担額③診療年月④病院・調剤薬局名を記載した領収書または証明書を添付してください

※添付書類はお返しできません（鮮明なコピー（領収書全体）でも受付しています）

*薬局分の領収書は、病院分の領収書とあわせて添付してください。

- *請求書は1カ月（診療月）単位で病院別（外来・入院別）に作成してください。
- *公立学校共済組合の任意継続組合員である間は自動給付しますので請求は不要です。
- *健康保険で受けられない診療は給付対象外です。
 { 予防接種・人間ドック・健康診断・交通事故等・容器代・文書料・差額ベッド代 }
 { 美容のための整形手術・入院時の食事療養費標準負担金・生活療養費標準負担金 }
 および介護保険制度適用のサービスは給付の対象外です。
- *公費負担等があった場合は、その額を自己負担した額から控除した額を自己負担額とします。
- *連続して6日間以上入院した場合は、入院見舞金も請求してください。
- *毎月15日までに受付けた請求書は、翌々月の10日頃振込みます
- *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）

「会員証」の7桁の
 番号を記入してく
 ださい

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。

会員番号 <small>(証の個人番号)</small>	1 2 3 4 5 6 7	給付区分 コード	0 0 5 1 0
退 職 氏 名	フリガナ ウエロクゴスケ 氏名 上六五助	生年 月日	1948 10 05
会 員 住 所	〒 543-0021 TEL 06(6762)7331 天王寺区東高津町7-11		

◎満70歳以上の方のみ記入

下記の該当する自己負担限度額に○をつけてください。

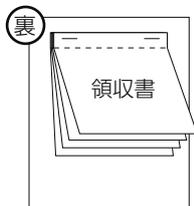
1	2	3	診療 年月	年	月
住民税非課税者	一般	一定以上所得者		(どちらかに○)	
月額8000円(外来)を超えた場合、市町村から還付される方	[1割負担]	[2割負担]	区 分	1	2
				外来	入院

◎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)
-------------	-------------	---	-----------------------------

空欄には0を入れてください
 診療年月記入してください

※キリトリ線より切り取ってください



左図のように領収書がそれぞれ見えるように。
 領収書が大きい場合はホッチキス留めでも可。
 領収書が大きい場合は、折りたたんで請求書に収まるように。

◎年間25万件を超えるご請求をいただいています
 ご協力よろしくお願いたします

添付書類を当互助組合で審査する際医療機関にお問い合わせする必要があることをご了承ください

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、便利です。