

# 退職厚生部・医療補助金 給付請求書 〈注〉

受診年月	受診者	医療機関	①窓口支払額	②本人負担額	給付額
		(医療機関毎に纏めて1行ごとに記載)	(保険外診療費を除く金額)	(①より1万円と100円未満を控除した額)	②の金額より上限1万円を給付
年 月	会員本人		円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円
			円	円	円

上記のとおり請求します。

所属コード           

会員番号           

所属名 \_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_ 印

会員との続柄 \_\_\_\_\_

(請求者が会員以外の場合のみ記入)

一般財団法人富山県教職員厚生会理事長殿

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成 年 月 日

所属名

所属長名

職印

〈注〉

1. 公立学校共済組合員以外の退職厚生部会員の請求に使用ください。  
(公立学校共済組合員の退職厚生部会員は、自動給付となるため請求は、不要です。)
2. 診療を受けた月毎に請求ください。

※欄は記入しないこと。

※ 受付印

会員死亡の場合、請求者の銀行口座を記入ください。

銀行 \_\_\_\_\_ 支店 \_\_\_\_\_ 普通預金口座番号 \_\_\_\_\_

口座名義(カタカナ記入)

※ただし、請求者が厚生会会員の場合、登録口座へ送金いたします。