

退職互助会医療給付金請求書

年 月 日

会員番号	B O	氏 名 (受診した人)	(押印または自署)			
			生年月日	昭和 年 月 日 歳		
郵便番号	—	電話番号	—			
住 所	※変更有の場合 ご記入下さい→				①窓口負担割合	
	変更無の場合 ○( )				割	
②保険区分	<input type="checkbox"/> 1. 国保(退職者含む) <input type="checkbox"/> 2. 地方職員共済組合(任意継続) <input type="checkbox"/> 3. 学校共済組合(任意継続) <input type="checkbox"/> 4. 国家公務員共済(任意継続) <input type="checkbox"/> 5. 全国健康保険協会(任意継続含む) <input type="checkbox"/> 6. 健保組合 <input type="checkbox"/> 7. 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 8. 高齢受給者 <input type="checkbox"/> 9. その他(保険名 )					
③医療機関名 (病院・医院・薬局名)	④請求期間 (西暦で記入)	⑤給付対象金額(円)	医療 区分	給付区分	審査金額	備考
名称	20 年 月		通 入 調			
名称	20 年 月		通 入 調			
名称	20 年 月		通 入 調			
名称	20 年 月		通 入 調			
名称	20 年 月		通 入 調			
名称	20 年 月		通 入 調			
名称	20 年 月		通 入 調			

通信欄
-----

請求用紙が必要な方は ○をつけてください。	○印欄	確認欄

自治労福島県職員連合労働組合退職互助会理事長宛

①～⑤について記入ください。  
■ 灰色部分は記入しないでください。

二次審査	一次審査	扱者