

保険診療費自己申請書

(領収書返却用)

診療年： 年

診療月	種別	病院名:	薬局名:	事務局欄
	診療日	1・2・3・4・5・6・7・8	1・2・3・4・5・6・7・8	
		9・10・11・12・13・14・15・16	9・10・11・12・13・14・15・16	
		17・18・19・20・21・22・23・24	17・18・19・20・21・22・23・24	
		25・26・27・28・29・30・31	25・26・27・28・29・30・31	
入院 外来	自己負担額	円	円	
診療月	種別	病院名:	薬局名:	事務局欄
	診療日	1・2・3・4・5・6・7・8	1・2・3・4・5・6・7・8	
		9・10・11・12・13・14・15・16	9・10・11・12・13・14・15・16	
		17・18・19・20・21・22・23・24	17・18・19・20・21・22・23・24	
		25・26・27・28・29・30・31	25・26・27・28・29・30・31	
入院 外来	自己負担額	円	円	
診療月	種別	病院名:	薬局名:	事務局欄
	診療日	1・2・3・4・5・6・7・8	1・2・3・4・5・6・7・8	
		9・10・11・12・13・14・15・16	9・10・11・12・13・14・15・16	
		17・18・19・20・21・22・23・24	17・18・19・20・21・22・23・24	
		25・26・27・28・29・30・31	25・26・27・28・29・30・31	
入院 外来	自己負担額	円	円	
診療月	種別	病院名:	薬局名:	事務局欄
	診療日	1・2・3・4・5・6・7・8	1・2・3・4・5・6・7・8	
		9・10・11・12・13・14・15・16	9・10・11・12・13・14・15・16	
		17・18・19・20・21・22・23・24	17・18・19・20・21・22・23・24	
		25・26・27・28・29・30・31	25・26・27・28・29・30・31	
入院 外来	自己負担額	円	円	
診療月	種別	病院名:	薬局名:	事務局欄
	診療日	1・2・3・4・5・6・7・8	1・2・3・4・5・6・7・8	
		9・10・11・12・13・14・15・16	9・10・11・12・13・14・15・16	
		17・18・19・20・21・22・23・24	17・18・19・20・21・22・23・24	
		25・26・27・28・29・30・31	25・26・27・28・29・30・31	
入院 外来	自己負担額	円	円	
合計				

今回申請する医療費補助金について、添付した領収書の内容を上記のとおり転記したので、内容確認後領収書を返却ください。

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

会員名

注 1) この様式はコピー可です。

注 2) 領収書の返却を希望しない場合は、この書類は必要ありません。