（様式共済第2号）

一般財団法人長野県退職教職員互助組合

療養費給付申請書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 組合員番号 | 　 | 組合員氏名 | 　 |
| 受診者氏名 | 　 | 家族区分(該当に○印) | 本人　　　　　　配偶者　　被扶養者（※）　特別被扶養者 |

（※）被扶養者とは、障害のある子どものうちで、退教互の認定を受けた方のことです。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受 診 年 月 | 入院・外来区分 (○印) |  | 〔事務局記入欄〕 |
| 月 年  | 入 院 ・ 外 来 |  |  | 円 |
| 年 月  | 入 院 ・ 外 来 |  |  | 円 |
| 月 年  | 入 院 ・ 外 来 |  |  | 円 |

ホチキスでとめる

領

収

書

添

付

箇

所

ホチキスでとめる

【注】 同じ年月分（1日～31日受診）は必ずまとめてご申請ください。

（一度申請した受診年月分の追加申請は不可）

申請書の記入等について

◇受診者ごとに申請書を分けてください。

◇入院・外来ごと、受診年月ごとに段をかえてご記入ください。

◇提出期限は受診月から3年間です。（毎月5日で締切りのため、丸3年にな

らない場合があるので注意）

◇1枚の申請書に最大3ヵ月分記入できます。

◇申請書は溜めずに、こまめにご申請ください。

領収書の添付等について

◇領収書は、月ごとにまとめて領収書添付箇所に必ずホチキスでとめてくだ

さい。

◇領収書が多く添付が難しい場合は、月ごとに申請書用紙を分けてご申請く

ださい。

◇受診者氏名、受診年月、医療保険内の自己負担額がわかる領収書を添付し

てください。（医療保険外、介護保険分は対象外）

◇領収書は返却できません。（確定申告等で領収書の原本が必要な場合は、領

収書のコピーを添付）

送金日等について

◇毎月5日（5日が閉局日の場合は翌開局日）で締切り、翌月25日（休日の

場合は翌銀行営業日）に送金します。

◇送金通知を発行していませんので、通帳で入金をご確認ください。

この用紙に記載された内容は、「個人情報保護規程」に基づき、当組合の業務以外には使用しません。

(2017.4)