

給付種別	1	0	1	後期高齢者療養費請求書（保険診療による自己負担分）										※ 互助組合 受付印												
氏名 個人コード				学 校 名 学校コード																						
請求金額				※給付決定金額																						
上記金額を下記のとおり請求します。 年 月 日 学 校 名 請求者 (組合員) 氏 名 (印) (自筆署名の場合、印不要) 一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様							受診者氏名																			
							受診者生年月日 (西 暦)							年				月				日				
							請求受診月 (西 暦)							年						月分						
							公費負担該当がある場合○を			・重度心身障害老人・特定疾病 ・その他 ()																
扶 養 手 当 支給証明欄		上記受診月において、受診者を対象として扶養手当が支給されていることを証明します。 年 月 日 所属所長 印																								
外 来 領 収 書 添 付 欄																										
【留意事項】 ①請求書には、受診したすべての病院・薬局などの領収書（保険診療のみ）を受診月1か月ごとに1枚の請求用紙にまとめて添付してください。 ②領収書には受診者氏名・保険点数、保険診療で受診されたことが明記されていることを確認してください。 ③確定申告・高額療養費の請求等で原本が必要な場合は、コピーでも可。 (請求が二重にならないようご注意ください。) ④公費負担（重障老人・特定疾病など）の対象者は、受給者証等の写しを添付してください。 ※請求もれがないよう受診月が終了してからまとめて請求するようにしてください。																										
入 院 領 収 書 添 付 欄																										
※給付決定額明細書（下記は記入しないでください。）																										
外 来					入 院					合 計					備 考											

▼学校コード及び個人コード印を使用してください。
※印以外はすべてご記入ください。