

別記様式第3号(1) 薬剤(第6条関係)

(医療補助金)

薬剤補助金請求書 (退職会員)

番号

※互助会記入欄

請求者	記入又は数字を○で囲む	① 2 薬剤	② この請求の 該当年月 月毎1箇月単位で請求	年 月 分	③ 会員番号		
					④ 会員氏名		
	投薬を受けた人	⑤ 区分	1 会員 2 給付対象配偶者	⑥ 性別	1 男 2 女		
		⑦ 氏名	④と同じ場合は「同」と記入		⑧ 生年月日	年 月 日	
		⑨ 今回投薬を受けた被保険者証の種類等					
		国民健康保険		協会けんぽ・共済組合等		協会けんぽの事業所名称・共済組合等の名称	
		3 本人	4 家族	7 本人	8 家族	協会けんぽの事業所名称	
	国保組合・健保組合の名称						
	共済組合の名称						
	記入欄	⑩ 送金先金融機関名 ※互助会に登録している送金先を変更する場合のみ記入してください。					
銀行 支店				口座番号(普)			
				口座名義			
⑪ 私が請求した給付金の給付事務手続上、個人情報に記載した書類等を第三者である金融機関等に提供することに同意し、上記のとおり、請求します。							
年 月 日 円							
住所							
請求者 氏名							
電話							
一般財団法人和歌山県教育互助会理事長 様							

薬剤師証明欄	患者氏名	処方箋発行の医師 又は医療機関名		
	この証明書の 投薬日 月末締切で1枚の証明	年 月 日・ 月 日・ 月 日・ 月 日		
	保険適用点数	点	本人負担割合	10% 20% 30%
	自己負担割合の異なる被保険者証使用の場合は、別に証明願います。			
	結核・精神病予防法、伝染病等による 上記点数に含まれる公費負担分	点		
公費負担のうち本人負担割合	0%	%		
上記のとおり証明します。				
年 月 日				
所在地				
保険薬局 名称及び氏名				
印				

- (注) 1 患者名、投薬日、保険調剤点数又は保険調剤分の患者負担額、自己負担割合、処方箋発行の医療機関名が判別できる領収証(コピー可)がないときに、上記の「薬剤師証明欄」に保険薬局で証明を受けてください。
- 2 証明は、和歌山県医師会及び歯科医師会との話し合いで無料で扱われます。  
ただし、調剤薬局によっては有料になる場合があるため、事前にご確認ください。
- 3 請求期限は、事由発生後3年間です。
- 4 請求の対象となるのは医療保険適用分です。