

英語教室 講師共済会医療補助金申請書

太枠内の該当項目にもれなくご記入の上、領収書を添付し、ご提出ください。

提出日 年 月 日

講師コード													
氏名	フリガナ								印	地 区	<input type="checkbox"/> 北海道	<input type="checkbox"/> 東北	<input type="checkbox"/> 関東
											<input type="checkbox"/> 首都圏	<input type="checkbox"/> 東海	<input type="checkbox"/> 近畿
連絡先	〒	—	TEL.						()	<input type="checkbox"/> 中四国 <input type="checkbox"/> 九州			
										✓をつけてください			

申請期間 年 月 日～ 年 月 日 (3カ月以内であること)			
受診日	医療機関名	窓口での全支払額(円)	左記のうち保険適用内 3割自己負担分(円)
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

支給の条件：ご自身にかかった医療費のうち、健康保険の適用範囲内にあるものが、対象となります。薬の容器代や文書料、妊娠検査料等は保険適用外です。誤って申請しないようご注意ください。マッサージや鍼灸、接骨院での治療等も保険適用外の場合があります。

領 収 書：医療機関での支払時、下記の内容が明記された領収書を発行してもらい、申請書に添付してください。



※医療機関にて全て印字されている領収書で捺印が省略されている場合は受付いたします。

給付限度額：給付額の上限は共済会会計年度(5月～翌年4月)で12万円です。また、1カ月の申請につき3千円が控除されます。(1カ月分で5千円を申請した場合、支給額は2千円となります。)

申請の期限：受診した月の翌日より2.5カ月後の15日(当日消印有効)です。
(1月中に治療した場合、期限は4月15日消印有効)

一括申請：申請は3カ月分まで一括して行うことができます。但し、連続した複数月にわたる場合のみ認められるものです。
「1、2、3月分」→可 「1、2、4月分」→不可 「1、3月分」→可であるが、後に2月分を申請出来ない。

※正しい支給額を算出する為に、ルールに従いご記入戴きますようご協力をお願いいたします。

計	円
支給金額	円

事務局	