

療 養 補 助 金 請 求 書

提出日を記入してください

岡山県教育職員互助組合理事長 殿

次のとおり請求します。

令和 年 月 日

＜1＞ 診 療 年 月 (和暦を記入)				
②		年		月 分

◇必ず1カ月分をまとめて**翌月以降**に請求し、追加請求のないようご注意ください。
 ◇太枠内をすべて記入してください。
 ◇領収書は裏面に糊で貼らず、ホッチキス留めをしてください。

＜2＞ 特別会員番号		＜3＞ 生 年 月 日		＜4＞ 受診時の年齢		＜5＞ 種 別		＜6＞ 電 話 番 号	
⑥		⑪ 2. 大 正		年 月 日		⑬ ① 本人		() -	
		3. 昭 和				歳			
＜7＞ 特別会員氏名				印		＜8＞ 千 一			
				住所					

＜9＞ 診 療 に 使 用 し た 保 険 の 種 類 (使用した保険の数字を○で囲んでください)

⑩ 1 国保前期高齢者 (70歳～74歳)		4 全国健康保険協会[協会けんぽ] (任意継続含む)		7 [] 共済組合 (任意継続含む)	
3 国保 (60歳～69歳)		5 組合管掌健康保険 (任意継続含む)		8 後期高齢者医療 (75歳以上)	
		6 公立学校共済組合岡山支部の被扶養者		[組合員証番号]	

請求内訳 同一医療機関(医科・歯科)ごと、入院・外来ごと、調剤薬局ごとそれぞれの1カ月の支払額(医療保険適用額)が**2,500円**を超えるもののみ対象となります。

⑩＜10＞	＜11＞月別領収書の合計額					＜12＞医療機関・調剤薬局名					⑩＜10＞	＜11＞月別領収書の合計額					＜12＞医療機関・調剤薬局名				
1 外来				千	円						1 外来				千	円					
2 入院											2 入院										
1 外来				千	円						1 外来				千	円					
2 入院											2 入院										
1 外来				千	円						1 外来				千	円					
2 入院											2 入院										
1 外来				千	円						1 外来				千	円					
2 入院											2 入院										

次の証をお持ちの方は○で囲んでください。

高額療養費の適用区分が分かる場合のみ○で囲んでください。

A 特定医療費(指定難病)受給者証

70歳未満 ア(年収約1160万円～) エ(～約370万円)

70歳以上 現Ⅲ(年収約1160万円～) 一般(～約370万円)

B 心身障害者医療費受給資格証

イ(約770～約1160万円) オ(住民税非課税)

現Ⅱ(約770～約1160万円) 低Ⅱ(住民税非課税)

C 特定疾病療養受療証(人工透析患者など)

ウ(約370～約770万円)

現Ⅰ(約370～約770万円) 低Ⅰ(〃で所得少額)

※領収書がある場合は、上の太枠のみを記入してください。

互助組合受付印

◇保険適用分の自己負担医療費内訳書

領収書を紛失した場合は医療機関や調剤薬局等でこの欄に証明を受けてください。

《お願い》 この内訳書は、岡山県公立学校教職員関係者が掛金を積み立て、退職後の療養に際し、**保険適用分**の自己負担医療費について補完給付を受けるためのものです。次の内容をお教えくださるよう格別の御協力をお願いいたします。
 なお、入院時の食事療養費や介護保険適用費用は対象外となります。

(年 月) この欄は、医療機関や調剤薬局等が記入する欄です。

受 診 者 名						負 担 割 合		1 割		保 險 種 類		国保前期 (70～74歳)		国保 (60～69歳)		協会けんぽ	
本人一部負担額	医科	外来		円	入院		円	2 割	3 割	組合管掌	公立共済	[共済組合]	後期高齢				
	歯科	外来		円	入院		円										
	調剤			円	柔整		円										
年 月 日 千 一 TEL () 一																	
所 在 地 保険医療機関等 代表者氏名 印																	

- 同一医療機関(医科・歯科)ごと、入院・外来ごと、調剤薬局ごとに記入し、医療保険適用額が確認できる領収書(レシートの場合は受診年月日、受診者氏名の確認ができるもの)を提出してください。請求期限は受診月から3年です。
- 領収書はコピーの提出が可能です。金額、受診日、受診者等全面が見えるようにしてください。
- 3割負担の方で市町村等から高額医療費の還付を受けられた場合は、限度額適用認定証の写しを添付してください。限度額適用認定証がない場合は、支給決定通知書の写しを添付してください。
- 15日までの受付分は翌月の25日の送金。16日以降の受付分は翌々月の25日の送金となります。
- 請求用紙が不足する場合はコピーをしてご使用ください。

お問い合わせ・提出先

〒700-8570(住所不要)
 (一財)岡山県教育職員互助組合
 退職互助班
 TEL086-226-7610(直通)