

記入例

太枠内のみご記入ください

○加入の医療保険制度（保険種別）を
○で囲んでください

医療機関等に受診した年月を記入し、診療月ごとに請求してください

退職互助部

請求年月日を記入してください

様式第4号
〔H23.4.改訂〕

療養補助金請求書

岡山県教育職員互助組合理事長 殿

該当番号を○で囲んでください

〇〇年〇〇月〇〇日

次のとおり請求します。

※必ず1か月分をまとめて請求してください

し調剤薬局で支払をした場合は支払を

〈1〉 診療年月 平成 23 年 06 月分		〈3〉 生年月日 22 01 01		〈4〉 年齢 64 歳	〈5〉 種別 本人	〈6〉 電話番号 086-222-0000
〈2〉 特別会員番号 56789		1. 明治 2. 大正 3. 昭和		18 1 2 遺族		
請求者（特別会員本人） 岡山 太郎		印 (岡山)		住所 〒700-XXXX 岡山市北区外山下2-3-4		
〈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）						
1 前期高齢者保険（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 私学共済組合（任意継続含む）		
3 国保（60歳～69歳）		5 組管管掌保険（任意継続含む）		8 後期高齢者保険（75歳以上）		
6 公立学校共済の被扶養者（任意継続の被扶養者含む）[組合員証番号]						

請求内訳 【 1 保険医療機関、1ヶ月分の合計額が1,000円を超えるもののみ対象となります 】

〈10〉	〈11〉 月別領収書の合計額	〈12〉 医療機関・調剤薬局名	〈10〉	〈11〉 月別領収書の合計額	〈12〉 医療機関・調剤薬局名
○外来 2入院	千 2150 円	A病院	○外来 2入院	千 2580 円	D病院
○外来 2入院	千 3300 円	B薬局	1外来 2入院	千 2500 円	D病院
○外来 2入院	千 4150 円	C病院(内科)	1外来 2入院	千	
○外来 2入院	千 3490 円	C病院(外科)	1外来 2入院	千	
○外来 2入院	千 1150 円	C薬局	1外来 2入院	千	

※この欄は、領収書を発行しない医療機関及び領収書・レシートを紛失した場合、医療機関で証明を受けてください。

《 医療機関へお願い 》
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は対象外となります。

保険適用分の自己負担医療費内訳書 (平成23年6月)

受診者名	岡山 太郎		保険種類	国保前期 (70～74歳)	国保 (60～69歳)	協会けんぽ
本人一部負担額	外来 2,580 円	入院 25,000 円	組合管掌	公立共済	私学共済	後期高齢
平成〇〇年〇〇月〇〇日	この欄の証明金額を上段の月別領収書の合計額へ記入してください					

保険適用分の本人一部負担額を記入してください

所在地 岡山市北区XXX町 1-2-3
 保険医療機関 D病院
 代表者氏名 院長 ○○○○ 印

＜会員の皆様へ＞

1. 太枠内をすべて記入してください。
2. 医療機関別、診療科別、入院・外来別、調剤薬局別に記入し、領収書またはレシート(レシートの場合は療養者氏名が分かるようにすること)で、保険適用分が判別できるものを、裏面に糊付けて請求してください。(入院時の食事療養の標準負担額は、補助の対象となりません)
3. 領収書またはレシートは医療機関別・診療科別に貼ってください。
4. 毎月15日までに受け付けた請求書は翌月25日送金となります。15日以降に受け付けた請求書は翌々月の25日送金となります。(請求期限は受診日から2年間です)
5. 領収書は1か月分(1日～31日受診分)をそろえてから請求し、追加請求のないよう御注意ください。

お問い合わせ先
 〒700-8570(住所不要)
 岡山県教育庁福利課内
 退職互助班
 TEL086-226-7610(直通)

・医療機関別、診療科別、入院・外来別、調剤薬局別に記入してください
 ・(総合病院の場合は診療科ごとに段を変えて記入してください)
 ・保険診療による自己負担額(保険適用分の一部負担金)を記入してください
 ・一ヶ月の合計額が千円を超えるものを記入してください