資格確認書やマイナポータルで保険者名を確認して○で囲んでください。

調剤薬局や訪問診療は外来を○で囲んでください。

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一カ月の支払額（医療保険適用額）が二千五百円を超えるもののみ記入。（数字のみ「¥」は不要。）

記入例

退職互助

受診年月を数字のみで記入
「R」や「令和」は不要

療養補助金請求書

提出日 令和　　年　　月　　日

受診年月の月の初日の年齢を記入

〈1〉療年月（和暦を記入）	〈2〉特別会員番号	〈3〉生年月日	受診時の年齢	〈5〉種別	〈6〉電話番号
08年04月分	56789	2.大正 ③昭和 36年01月01日	65歳	①本人	(086)222−0000

〈7〉特別会員氏名	印	〈8〉住所
岡山　太郎	印鑑不要	〒700−×××× 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 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・歯科別）ごと、入院・外来別、調剤薬局別にそれぞれの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〉	〈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
①外来 2入院	2590円	A内科医院	①外来 2入院	5960円	D薬局dd店
①外来 2入院	3680円	B薬局bb店	1外来 ②入院	27000円	E病院
①外来 2入院	4770円	C総合病院	1外来 2入院	円	
	11800円	C総合病院(歯科)	1外来 2入院	円	

略さず記入してください。
薬局は店名も記入してください。

証をお持ちの方は○で囲んでください。
特定医療費（指定難病）受給者証
障害者医療費受給資格証
C 特定疾病療養受療証（人工透析患者など）

高額療養費の適用区分を○で囲んでください。
70歳未満　ア・イ・ウ・エ・オ
70歳以上　現Ⅲ・現Ⅱ・現Ⅰ・一般・低Ⅱ・低Ⅰ

※領収書がある場合は、上の太枠のみを記入してください。

◇保険適用分の自己負担医療費内訳書

互助組合受付印

に

（

協会けんぽ

※この欄は、医療機関や調剤薬局等が記入する欄です。領収書を紛失した場合、
この欄に証明をもらうと領収書の代わりにすることができます。
ただし、医療機関や調剤薬局等によっては証明料が必要な場合があります。

本人一部負担額	科	来	院	入院	割合	2割 3割	種類	組合管掌	公立共済	[　　]共済組合	後期高齢
	歯科	外来	円	円							
	調剤		円	柔整 円							

月　日　　〒　ー　　TEL（　　）　ー
所在地
保険医療機関
代表者氏名　　印

医療保険適用分の本人一部負担額のみを記入してもらってください。（入院時の室料、食費等除く）

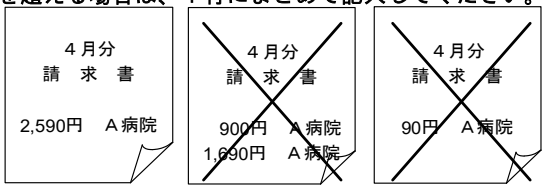
請求方法について

①同じ病院を同じ月に受診した

1つの病院の1カ月の支払額（医療保険適用額）が2,500円を超える場合は、1行にまとめて記入してください。

A病院を受診して次の額を支払った

A病院…4/7に900円　4/10に1,690円



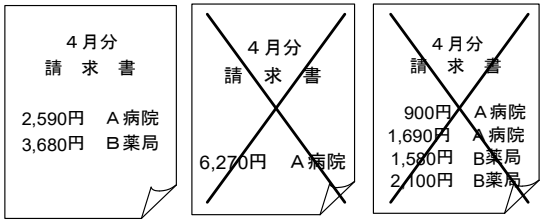
日ごとに分けない　　2,500円を引かない

②受診した病院が医薬分業だった

病院と調剤薬局は行を替えて記入してください。

4月にA病院を受診して、B薬局で処方箋調剤を受け、それぞれ次の額を支払った

A病院　4/7に　900円　4/10に1,690円
B薬局　4/7に1,580円　4/10に2,100円



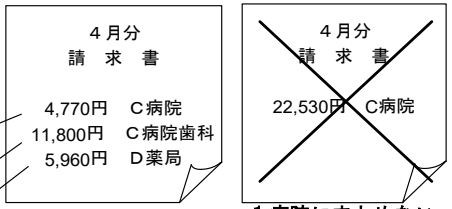
1病院にまとめない　　日ごとに分けない

③同じ病院で複数の診療科を受診した

同じ病院の場合は医科と歯科に区別し、1カ月の支払額（医療保険適用額）がそれぞれ2,500円を超えるものを記入してください。

4月にC病院の内科と外科と歯科を受診して、D薬局で処方箋調剤を受け、それぞれ次の額を支払った

C病院内科…4月に　900円
C病院外科…4月に　3,870円
C病院歯科…4月に　11,800円
D薬　　局…4月に　5,960円



1病院にまとめない

④4月の入院費用を5月に支払った

支払月ではなく、受診月で請求してください。
支払合計額ではなく、医療保険適用額を記入してください。

E病院に4/25〜4/30の6日間入院し、5/10に入院費用15万円を支払った

入院費用の内訳は、
保険診療分の一部負担額　27,000円○
食事療養費（保険）　13,000円×
室料（差額ベッド代）　100,000円×
保険外金額（ﾊﾟｼﾞｬﾏ代等）　10,000円×



支払月にしない　　支払合計額にしない