〔 R8.4 〕

退職互助

療養補助金請求書

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。

提出日	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。
◇領収書は裏面にホッチキス留めをしてください。 ※のりで貼らないでください。

<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 / 3．昭和　　年　　月　　日	歳	⑱ ①本人	(　　)　　－

<7> 特別会員氏名	印	<8> 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）

⑲

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。**請求期限は受診月から３年**です。

⑳<10>	<11>月別領収書の合計額	<12>医療機関･調剤薬局名	⑳<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	千　　円		1 外来 / 2 入院	千　　円	
1 外来 / 2 入院	千　　円		1 外来 / 2 入院	千　　円	
1 外来 / 2 入院	千　　円		1 外来 / 2 入院	千　　円	
1 外来 / 2 入院	千　　円		1 外来 / 2 入院	千　　円	

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を○で囲んでください。	
A 特定医療費(指定難病)受給者証 B 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)	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。

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	保険種類				
本人一部負担額	医科	外来	円	入院	円	1割 2割 3割	国保前期(70～74歳)	国保(60～69歳)	協会けんぽ		
	歯科	外来	円	入院	円		組合管掌	公立共済	[　　]共済組合	後期高齢	
	調剤		円	柔整	円						

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

1．同一医療機関(医科・歯科別)ごと、入院・外来別、調剤薬局別に記入し、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。
2．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．市町村等から高額医療費の還付を受けた場合は、支給決定通知書の写しを添付してください。
4．15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。
5．請求用紙が不足する場合はコピー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)