様式第3号
（退職互助）

医　療　費　補　助　金　請　求　書

整理No.

取扱日	会　員　番　号	事務局使用欄

元　号	生　年　月　日	決　定　額
明　治 大　正 昭　和	年　月　日	

フリガナ		加入している健康保険名（該当する欄に〇をつけてください。）		任意継続
会員氏名		国民健康保険		
		全国健康保険協会管掌健康保険		
		後期高齢者医療広域連合		
年齢	請求期間（請求年度　　年度） 異なる年度を請求する時は請求書を年度毎に作成してください	公立学校共済組合		
		地方職員共済組合		
	年　月から	市町村職員共済組合		
		日本私立学校振興・共済事業団		
歳	年　月まで	その他（　　）保険		
		身体障害者手帳（認定日　　年　月　日）		級

【70歳未満、70歳以上の方、共通記入欄】

保険診療自己負担額総額（外来、薬代、入院費の合計）　円　－　公的機関からの補助金額（高額療養費を含む）　円　＝　① 請求金額の算定のための保険診療自己負担額総額　円

【70歳未満の方の記入欄】

①×０．５（円未満切り捨て）

※ 請求金額記入欄　円

【70歳以上の方の記入欄】

①÷500円（小数点以下切り捨て）　…②

※ 請求金額記入欄（②×100円）　円

上記のとおり医療費補助金を請求します。

年　月　日

一般財団法人　千葉県公立学校教職員互助会理事長　様

（〒　　－　　）　電話番号　　－　　－

請求者　住所

氏名　　㊞

※作成者や不備連絡先が会員と異なる場合は別紙または余白に連絡先を記入してください。

（注）　1　保険診療自己負担額が記載されている領収書を添付してください。
2　公的機関からの補助金を受けた場合は、受けた金額がわかるものの写しを添付してください。（限度額適用認定証を含む）
3　太枠内を記入してください。（会員番号は右詰、元号は数字に〇をつけてください。）
4　この様式はコピー可です。
5　日中繋がる電話番号の記入をお願いします。

（2019.4）