

< 70歳未満の方 >

様式第3号
(退職互助)

医療費補助金請求書 整理No. _____

ID	委託者番号	支部番号	会員番号	取扱日
1 2 3 4 5 6	7 8 9	10 11 12	13 14 15 16 17 18 19	20 21 22 23 24 25
8 2	2 8 5	0 0 0	2 0 1 4 0 8 3 1	

元号	生	年	月	日	種	類	決	定	額
26	27	28	29	30	31	32	33	34	35 36 37 38 39 40 41 42
1 明 治	年	月	日						
2 大 正	2 5	1 1	0 5	1 1					
③ 昭 和									

● 年齢

・ 請求時の年齢を記入

フリガナ	千葉 花子	加入している健康保険名 (該当する欄に○をつけてください)	任意継続
会員氏名	千葉花子	国民健康保険 <input type="radio"/>	
年齢	請求期間	全国健康保険協会管掌健康保険 <input type="radio"/>	
66歳	平成 29 年 4 月から	後期高齢者医療広域連合 <input type="radio"/>	
	平成 29 年 10 月まで	公立学校共済組合 <input type="radio"/>	
		地方職員共済組合 <input type="radio"/>	
		市町村職員共済組合 <input type="radio"/>	
		日本私立学校振興・共済事業団 <input type="radio"/>	
		その他 () 保険 <input type="radio"/>	
		身体障害者手帳 平成26年8月7日	2級

● 加入している健康保険名

・ 医療機関で使用した保険証の種類に○印を記入
・ 請求期間中に保険証が変わった場合は、それぞれに○印を記入

● 身体障害者手帳をお持ちの方の記入欄

・ 認定日、等級を記入

【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)	公的機関からの補助金額 (高額療養費を含む)	① 請求金額の算定のための 保険診療自己負担総額
115050円	27000円	88050円

● 公的機関からの補助金額

・ 国又は地方公共団体等から給付を受けた額の合計を記入 (通知書等を添付)
・ 給付を受けていない場合は、「0」又は未記入

【70歳未満の方の記入欄】	【70歳以上の方の記入欄】
①×0.5 (円未満切り捨て)	①÷500円 (小数点以下切り捨て)
※ 請求金額記入欄	※ 請求金額記入欄 (②×100円)
44025円	

● 請求者

・ 会員が死亡された場合は、遺族の方の電話番号、住所、氏名を記入し押印

上記のとおり医療費補助金を請求します。

平成 29 年 11 月 20 日

一般財団法人 千葉県公立学校教職員互助会理事長 様

(〒 000-0000) 電話番号 000-000-0000
F A X 000-000-0000

請求者 住所 千葉市中央区市場町100

氏名 千葉花子

- 注) 1 保険診療自己負担額が記載されている領収証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写しを添付してください。
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○をつけてください。)
4 この様式はコピー可です。

入院病院、薬局で高額な医療費を支払う際に「限度額認定証」を利用した場合は、コピーを添付