



退職医療給付（療養補助金）請求書

太枠内に記入してください。

退職医療組合員番号	請求年月日	療養者の区分(いずれかに○を)	加入している公的医療保険の自己負担割合
2 0 9 9 9	令和 3年10月 1日	本人 ・配偶者	3割

次のとおり療養を受けましたので、療養補助金を請求します。
 一般財団法人 広島県教育職員互助組合理事長 様

（この配偶者区分は、平成25年度以前に配偶者組合員として、加入された方が対象です。）

請求者氏名 **互助 三郎**

今回の請求が、次の公的な医療費助成の受給に該当する方のみ、記入してください。

①次の受給者証等(A~C)をお持ちの方は○で囲み、その他はDに記入し、当該自己負担割合及び自己負担限度額を記入ください。	②「限度額適用認定証」をお持ちの方で、次の該当する高額療養費の適用区分を○で囲んでください。
A 特定疾病療養受療証 B 特定医療費(指定難病)受給者証 C 重度心身障害者医療費受給者証 D その他(受給者証)	70歳未満 ア・イ・ウ・エ・オ 70歳以上 (現役並)Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一般・(非課税)Ⅱ・Ⅰ
・自己負担割合 (割) ・自己負担限度額 (円)	※市町等から、高額療養費の払戻しを受給された方は、「高額療養費支給決定通知書」(写)を添付してください。

※受給者証等に自己負担割合の記載がない場合は、記入不要です。

療 養 内 容

療養者氏名	療養者生年月日	療養年月
互助 三郎	昭和 3 5 年 1 1 月 2 5 日生	平成 0 3 年 0 9 月 令和
※保険医療機関等1箇所のみを記入	(保険医療機関等) ※合計点数	外来 入院 1 ・ 2 ↑いずれかの番号に○を
病院 クリニック 広島 医 院 接骨院 薬局 ファーマシー	点	
	(接骨院等) ※保険適用の施術料合計	
	円	

↑ ※10割分の金額を証明してください。

保険医療機関等	令和 年 月 日	(印)
	所在地	
	保険医療機関名 (接骨院等)	
	電話番号	

保険医療機関等へお願い

退職教職員の療養（保険適用分）について、助成する事業を行っています。お手数とは存じますが、御協力をお願いします。この制度に加入の療養者から証明の依頼があった場合は、上記の「療養内容」欄をご記入のうえ、「保険医療機関等」欄にご記名・押印ください。

【お問い合わせ先：一般財団法人 広島県教育職員互助組合 TEL (082) 228-1386】

- 注意
- この請求書は、月毎、保険医療機関等毎、入院・外来毎で1枚作成してください。
 - 給付額は、月毎、保険医療機関等毎、入院・外来毎の「診療の総額×20%」で、かつ63,600円以内です。なお、自己負担額が公的な医療費助成により、診療総額の20%未満の場合は、自己負担額を限度として給付します。
 - 複写式になっていますので黒ボールペンで強めに、はっきり記入してください。
 - 領収書等（コピー可）を貼付される場合は、貼付欄に剥がれないように糊付し、ホッチキスは使用しないでください。
 - 請求書は、毎月10日までに受付けたものをその月の28日に送金します。

領収書（コピー可）等貼付欄