

⑤ 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。

領収書（コピー可）等貼付欄

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	6	9	9	9	令和 7 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 特定疾病療養受給証				・自己負担割合		70歳未満		ア・イ・ウ・エ・オ					
B 特定医療費(指定難病)受給者証				(割)		70歳以上		(現役並)Ⅲ・Ⅱ・Ⅰ・一般・(非課税)Ⅱ・Ⅰ					
C 重症心身障害者医療費受給者証				・自己負担限度額									
D その他(受給者証)				(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 39 年 11 月 25 日生				令和 07 年 09 月					
※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					
病 院								1・2					
クリニック								↑いずれかの番号に○を					
広島 医 院													
接骨院				(接骨院等) ※保険適用の施術料合計									
薬 局													
ファーマシー								円					
※10割分の金額を証明してください。													
令和 年 月 日													
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 印													

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 1 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。
- 2 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。
- 3 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。
- 4 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け、ホッチキスは使用しないでください。

