

※この用紙は保存版です。必ずコピーをしてからお使いください。

療養補助金請求書 (保険診療による自己負担分)

※互助組合
受 付 印組合員証
(部員証)
番号生年
月 日大正
昭和

年

月

日

規程により下記のとおり請求します。

なお給付金の受領は、登録口座への振込みをもって受領したものと認めます。

年 月 日

組合員氏名 _____ (印) (自筆署名の場合、印不要)

一般社団法人 京都府教職員互助組合理事長 様

<請求時の注意>

- すべての病院・薬局等、月ごとにまとめて 1 回で請求してください (支払月ではなく受診月でまとめてください)。
- 受診月の翌月以降 (5 月受診分は 6 月以降) に請求してください。

<領収書について>

- 受診者名 (フルネーム)、受診年月、保険診療で受診したことがわかる領収書を添付してください (健康保険外・介護保険・入院時食事療養費は対象外)。
- 請求後に原本はお返しできません (確定申告・高額療養費の請求に原本が必要な場合、コピーでも可)。
- 互助組合受付日から遡って 3 年以内のものが有効です。

①この請求の保険の負担割合に○をつけてください。(1 割 ・ 2 割 ・ 3 割)

②この請求の対象となった健康保険に○をつけてください。

国民健康保険	69 歳以下	44
協会けんぽ (全国健康保険協会)		
後期高齢者医療制度	1 割	77
後期高齢者医療制度	2 割	76
前期高齢・福祉医療	2 割	78
高齢者医療	70 歳以上 3 割	79
公立学校共済京都 (現職組合員の家族)	*2022 年 3 月受診分まで請求が必要	87
その他の保険 (該当するものに○)	・私学共済 ・市町村職員共済 ・文科省共済 ・その他 ()	68

③住民税非課税の方は○をつけてください。

- ・69 歳以下…高額療養適用区分【オ】
- ・70 歳以上…高額療養適用区分【区分Ⅱ・区分Ⅰ】

▼※は記入しないでください。▼高額療養費・健康保険からの付加給付は差し引きます。

受診年月

保険診療費

外来

入院

※この欄は記入しないでください

年 月分

※

年 月分

※

年 月分

※

※

▼ここより下へホッチキスで左端にあわせて綴じてください。