

※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（領収書用）

※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＞

1. 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）。
2. 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＞

1. 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）。
2. 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）。
3. 互助組合受付日から遡って 3 年以内のものが有効です。

＜医療費のお知らせ（医療費通知）について＞

健康保険者が発行する「医療費のお知らせ（医療費通知）」での請求には「第 5 号様式」をご使用ください。

※同月内で「第 1 号様式（この用紙）」での請求と「第 5 号様式」での請求は併用できません。

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	6 9 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（高齢受給者証）	2 割	78
福祉医療（老人医療）	2 割	
高齢者医療	7 0 歳以上 3 割	79
その他の保険（該当するものに○）		68
・私学共済 ・市町村職員共済		
・文科省共済 ・その他（ ）		

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】

受診年月	保険診療費		※この欄は記入しないでください	
	外来	入院		
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。

▼※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。