

## 療養補助金請求書 (医療費通知用)

※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

## &lt;請求時の留意事項&gt;

- この用紙は「医療費のお知らせ(医療費通知)」用です。領収書のみでの請求は第1号様式を使用してください。
- 療養補助金給付の対象となるのは健康保険適用の一部負担金(食事療養費を除く)です。介護保険適用分、自費診療分、保険外費用は給付の対象外です。
- 受診しても「医療費のお知らせ(医療費通知)」に記載されないことがあります。その場合は領収書を併せて添付してください。  
※追加での提出はお受けできません。請求忘れがないようご注意ください。
- 医療費が高額(69歳以下:57,600円以上、70歳以上:80,100円以上)の場合は、高額療養費限度額適用区分が確認できる書類(高額療養費支給決定通知書や限度額適用認定証など)が必要です。また、高額療養費支給決定通知書の添付が無い場合は、療養補助金が正しく計算されないことがあります。
- 「医療費のお知らせ(医療費通知)」には自己負担額が1円単位で記載されています。窓口では10円未満を四捨五入した金額で支払うため、実際に支払った金額と通知に記載された金額が異なる場合があります。
- 受診月が互助組合受付日から3年以内のものが有効です。
- 添付書類はお返しできません。原本が必要な場合はコピーを添付してください。
- 「医療費のお知らせ(医療費通知)」は切らずに添付してください。切り取ると処理ができなくなることがあります。

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			※
年 月分			※
年 月分			※
年 月分			※
年 月分			※
年 月分			※
年 月分			※
年 月分			※
年 月分			※

※(保険種別 : ) 給付番号(入院)

(外来)