

※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。

▼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。

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			※	
※				